



Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

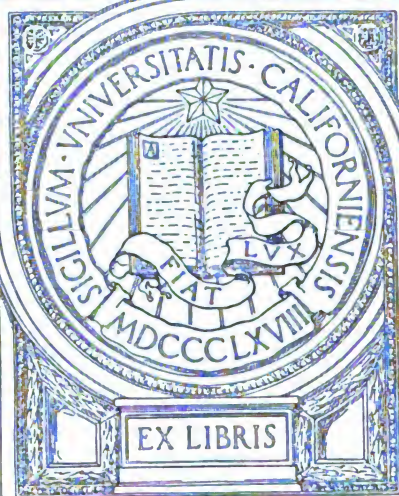
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

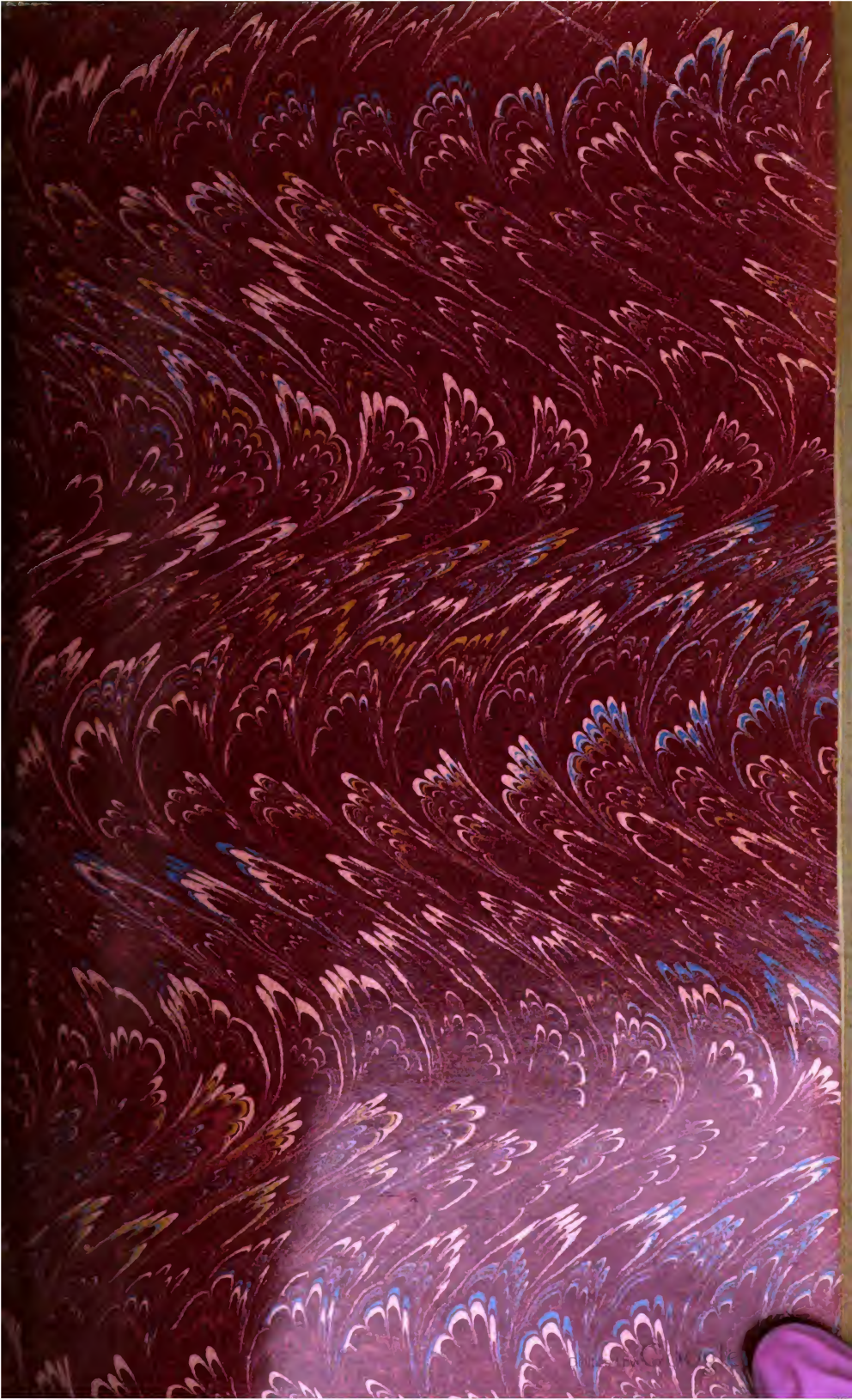
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

Zentralblatt für nervenheilkunde... psychiatrie, und ...

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY



EX LIBRIS



Centralblatt

98169

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. Althaus (London), Ascher (Dalldorf), Prof. M. Bernhardt (Berlin),
 Bach (Wilmanstrand in Finnland), Dehn (Hamburg), Professor Dománsky
 Krakau), Dreikurs (Wien), Geh. Hofrath Franz (Schwalbach), Goldstein
 Aachen), Halbey (Bendorf), Sanitätsrath Hauptmann (Gleiwitz), Hinze (St.
 Petersburg), Holtermann (Neustadt Mecklenburg), Jelgersma (Meerenberg),
 Director Karrer (Klingenmünster), König (Dalldorf), Kron (Berlin), Krueg
 Ober-Döbling bei Wien), Kurella (Allenberg), Landsberg (Ostrowo), Lang-
 center (Eichberg), Professor Laufenauer (Budapest), Leppmann (Berlin),
 Matsch (Sachsenberg), Docent Möbius (Leipzig), Moravcsik (Budapest), Docent
 r. Müller (Graz), Direktor Neuendorf (Bernburg), Nieden (Bochum), Professor
 Hersteimer (Wien), Otto (Dalldorf), Pauli (Köln), Direktor Pierson (Pirna),
 Pollak (Budapest), Prof. Rabow (Berlin), Reinhard (Hamburg), Rohden (Oeyn-
 hausen), Professor Ottomar Rosenbach (Breslau), A. Rosenthal (Warschau),
 Schaffer (Budapest), Strausfeld (Berlin), Sanitätsrath Volgt (Oeynhaus),
 Direktor Wähner (Allenberg) u. A.

herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf.

XII. Jahrgang 1889.

Alle 14 Tage eine Nummer. Jede Nro. 2 Druckbogen.



Leipzig,

Com.-Verlag von Theodor Thomas.

Verzeichniss der Originalien.

1. Temperatur-Beobachtungen bei Paralytikern von Dr. Hans Rottenbiller, Oberarzt der Engelsfelder Irren-Pflegeanstalt zu Budapest. pag. 1, 37.
2. Syringomyelie und Scoliose von Prof. Dr. M. Bernhardt in Berlin. pag. 33.
3. Ueber reflectorische Pupillenstarre von Dr. E. Heddaeus in Essen a. d. Ruhr. pag. 65.
4. Zwei Fälle von Einwirkung eines Gesichtserysipels auf bestehende Melancholie von Dr. med. Joh. Dinter, Assistenzarzt an der Irrenanstalt Hildburghausen. pag. 98.
5. Ueber Beri-Beri von Dr. Jelgersma in Meerenberg. pag. 130, 162.
6. Eine einfache Methode der Härtung und Conservirung des Gehirns zu Demonstrationszwecken von Prof. Dr. Ottomar Rosenbach in Breslau. pag. 164.
7. Ueber eine durch ihre Aetiologie bemerkenswerthe isolirte periphere Lähmung des N. suprascapularis dexter von Prof. M. Bernhardt in Berlin. pag. 193.
8. Hyoscin bei Geisteskranken von Dr. Otto Klinke, Volontärarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Leubus. pag. 196.
9. Casuistische Beiträge zu den secretorisch-trophischen Störungen der Haut bei Neuritis von Dr. Albrecht Erlenmeyer. pag. 225.
10. Ueber *Lyssa humana* von Prof. Dr. Carl Laufenaue in Budapest. pag. 258.
11. Ueber die *Nuclei arciformes* von Dr. G. Jelgersma in Meerenberg. pag. 266.
12. Gedankenlos. Eine gerichtsärztliche Betrachtung von Dr. med. A. Leppmann. pag. 290.

13. Die Trunksucht und ihre gerichtsärztliche Beurtheilung in America von Dr. Ascher in Dalldorf. pag. 293.
14. Zur Theorie der Hypnose und der Hysterie von Dr. H. Kurella, III. Arzt in Allenberg, Ostpreussen. pag. 322.
15. Wirbelweh, eine neue Form von Gastralgie von Dr. Max Buch, in Willmansstrand, Finnland. pag. 324.
16. Therapie der Hysterie und Neurasthenie von Prof. Dr. Carl Laufenauer in Budapest. pag. 353, 385.
17. Ein Beitrag zur Lehre von der alternirenden Hemiplegie von Dr. Theodor Proskauer, pract. Arzt. pag. 417.
18. Ueber Prüfung und Deutung der Pupillensymptome von Dr. Ernst Heddaeus in Essen a. d. Ruhr. pag. 450.
19. Ueber die psychische und somatische Degeneration der Verbrecher von Prof. Dr. Kirn in Freiburg i. B. pag. 453.
20. Ueber Chloralamid, ein neues Hynoticum von Prof. Dr. S. Rabow in Lausanne-Cery. pag. 457.
21. Ein Fall von autochthoner Thrombose der linken Carotis von Dr. Theodor Proskauer, pract. Arzt. pag. 481.
22. Kehlkopftuberculose als anatomisches Substrat des Globus hystericus. Kurze Notiz von Dr. Langreuter in Eichberg. pag. 513.
23. Ueber das Rubidium-Ammonium-Bromid, ein neues Antiepilepticum von Dr. Hans Rottenbiller, Oberarzt der Kgl. ungar. Lan des-Irrenpflege-Anstalt in Budapest-Engelsfeld.
24. Ueber die hypnotische Wirkung des Chloralamids von Dr. Carl Schaffer, Assistenten der psychiatrischen Klinik in Budapest. pag. 674.
25. Aphasie und allgemeine Paralyse der Irren von Dr. med. Albert Rosenthal, Ordinator an der Irrenanstalt zu Warschau. pag. 706.
26. Ein neuer Fall von sensorischer Aphasie mit Worttaubheit von Dr. med. Albert Rosenthal, Ordinator an der Irrenanstalt zu Warschau. pag. 738.
27. Das elektrische Zwei-Zellen-Bad von, Docent Dr. Gaertner in Wien. pag. 740.



Wöchentlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. Januar 1889.

Nro. 1.

Inhalt.

- I. Originalien.** Temperaturbeobachtungen bei Paralytikern. Von Dr. Hans Rottenbiller in Budapest.
- II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.**
- I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.** Von Dr. König in Daldorf.
- Uhthoff: Ueber beginnende multiple Sklerose. Krankenvorstellung.
- Bernhardt: Ueber Peronäuslähmung (Als Original in Nro. 24 d. Bl. vom vorigen Jahre abgedruckt.)
- Oppenheim (Autorreferat): Ueber einen Fall von combinirter Erkrankung der Rückenmarkstränge im Kindesalter.
- Sperling: a) Ein Fall von Peronäuslähmung. b) Ein Fall von isolirter Lähmung des N. supraclavicularis.
- Westphal: Eine neue Zellengruppe im Oculomotoriuskern.
- Siemerling: Functionelle Neurosen mit anatomischem Substrat.
- II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.** Von Dr. Moravcsik in Budapest.
- Arthur Schwarz: Ueber corticale Ataxie.
- Julius Donath: Ueber Hirnabscess.
- Nic. Dubay: Ueber hysterischen Trismus und Tetanie.
- Emmer. Navratil: Ueber Trepanation bei Epilepsie.
- III. Psychiatrische Gesellschaft in St. Petersburg.** Von Dr. Hinze in St. Petersburg.
- Tomaschewski: Zur Frage über die Veränderungen in der Gehirnrinde in einem Falle von in früher Kindheit erworbener Blind- und Taubheit.
- Awtokratow: Ueber Veränderungen des Centralnervensystems nach Exstirpation der Schilddrüse bei Thieren.
- III. Referate und Kritiken.** His: Zur Geschichte des Gehirns sowie der centralen und peripherischen Nervenbahnen beim menschlichen Embryo. Osler: Glioma der Medulla oblongata. Berbez: Die Friedreich'sche Krankheit. Bourneville et Sollier: Epilepsie und Asymmetrie der Gesichtshälften. Otto: Ueber Sulfonal. Garnier: Sulfonal und seine schlafserzeugende Wirkung. Der Selbstmord in Frankreich im Jahre 1886. Clouston: Ueber secundäre Demenz. Laurent: Simulation von Geistesstörung während dreier Jahre bei einem Strafgefangenen von Kraft-Ebing: Gerichtsärztliche Gutachten.

I. Originalien.

Temperatur-Beobachtungen bei Paralytikern.

Von Dr. HANS ROTTENBILLER,

Oberarzt der Engelsfelder Irren-Pflegeanstalt zu Budapest.

I. Allgemeine Verhältnisse. Mit den Temperatur-Verhältnissen der Geisteskranken, namentlich der Paralytiker, haben sich schon zahl-

reiche Autoren beschäftigt und wir finden in der Literatur diesbezüglich genug Daten angeführt, welche insgesamt bestätigen, dass die Temperatur-Verhältnisse der Paralytiker von der Norm abweichen.

L. Meyer ¹⁾ fand in allen seinen Fällen von Paralyse eine Erhöhung der Eigenwärme, zuweilen von 2,5° C., ohne dass, ausser dem der Paralyse zu Grunde liegenden Leiden anderweitige pathologische Affectionen nachgewiesen werden konnten, auf welche sich diese Temperatursteigerungen ungezwungen hätten zurückführen lassen. Die Fieber-Exacerbationen in der allgemeinen Paralyse fallen durchgängig mit den Erregungszuständen, respective mit den tobsüchtigen Anfällen dieser Kranken zusammen. Beide, Fieber und Tobsucht der Paralytiker hält er für abhängig von einem das Gehirn betreffenden Entzündungsvorgang und er kommt, gestützt auf pathologisch-anatomische Befunde zu dem Schluss, dass die allg. Paralyse eine chron. fieberhafte Krankheit ist, die im Wesentlichen auf einer chron. Meningitis beruht. Was den Gang der Temperatur bei seinen Paralytikern betrifft, so konnte er einen anfallsweisen, einen continuirlichen und einen gemischten Verlauf der Temperatursteigerungen constatiren; die Tagesschwankungen waren auch in den fieberfreien Zeiten durchschnittlich höher als in der Norm. Eine gewisse Regelmässigkeit in dem Verlauf der Temperaturcurven wurde gänzlich vermisst. L. Meyer beobachtete ferner, dass in den Exacerbationsstadien der Paralyse die Temperatur des Kopfes stets um mehrere Zehntel höher ist als die des Rectum, während dies bei anderen fieberhaften Körperzuständen nicht der Fall ist.

Wachsmuth ²⁾ machte bei 19 Geisteskranken Temperaturmessungen, darunter bei 5 Paralytikern. Bei diesen fand er im Durchschnitt eine nur geringe Erhöhung der Temperatur und auch diese liess sich, nach seiner Ansicht, auf gleichzeitiges Vorhandensein leichter oder schwererer, anderweitiger krankhafter Vorgänge zurückführen.

Albers ³⁾ berücksichtigte hauptsächlich die Temperatur des Kopfes bei Geisteskranken. Er verglich die Temperatur des Halses, der Schläfe und der hinteren Ohrregionen, ebenso die beiden Seiten des Kopfes und fand, dass bei geringer Erregung Differenzen von $\frac{1}{2}$ bis $1\frac{1}{2}$ ° R. vorhanden sind, welche bei grösseren Aufregungen wieder verschwinden.

v. Krafft-Ebing ⁴⁾ theilt neben einem Fall von chron. Melancholie auch einen Fall von Paralyse mit raschem Verlauf mit, wo die Temperatur die Höhe von 40—43° erreichte. Weder die makroskopische noch die mikroskopische Untersuchung ergab irgend eine frische

¹⁾ Die allgemeine progr. Gehirnlähmung, eine chron. Meningitis. 1858.

²⁾ Temperaturbeobachtungen bei Geisteskranken. Zeitschrift f. Psych. Bd. 14.

³⁾ Die Temperatur der äusseren Oberfläche namentlich des Kopfes bei Irren. Zeitschrift f. Psych. Bd. 18.

⁴⁾ Zwei Fälle von extremer Steigerung der Körperwärme bei Geisteskranken. Zeitschr. f. Psych. Bd. 25.

entzündliche Veränderung im Gehirn, so dass für die Erklärung der extremen Steigerung der Eigenwärme nur die Annahme einer schweren Störung der vasomotorischen und wärmeregulirenden nervösen Centralapparate durch Aenderung der Ernährung und der Innervation derselben annehmbar erscheint.

v. Krafft-Ebing¹⁾ erwähnt auch die Beobachtungen L. Meyer's nach welchen die hochgradigen Aufregungen der Paralytiker immer mit Fieber verbunden sind. Diese Beobachtungen L. Meyer's kann er auf Grund zahlreicher eigener Untersuchungen nur bestätigen.

Westphal²⁾ bemerkt gegen L. Meyer, dass er als Resultat seiner eigenen, umfassenden Beobachtungen aussprechen kann, dass die tobtüchtige Aufregung der Paralytiker als solche durchaus in keinem Verhältnisse zu den pathologischen Temperatursteigerungen steht, dass dagegen bei gewissen Kranken, ganz unabhängig von der Aufregung bedeutendere Schwankungen der Eigenwärme vorkommen, zum Theil mit eigenthümlichem periodischem Typus. Daraus aber auf eine chron. Entzündung der Meningen, ja überhaupt nur auf entzündliche Vorgänge schliessen zu wollen, sei doch noch nicht gerechtfertigt.

Nach Wolff³⁾ bietet die Temperatur der Psychosen zumeist keine wesentliche Abweichung von der Norm, so dass im Allgemeinen Temperatursteigerungen über 37.9° C. stets auf ein intercurrentes somatisches Leiden hinweisen. Er bemerkt aber auch, dass bei Dementia paralytica zumeist eine Temperatur über der Norm zu finden ist, welche oft bis 38.25° C. steigt, ohne dass eine andere Affection, als das chron. Gehirnleiden zu constatiren wäre. Ueber die Tagestemperatur der Geisteskranken kann man kaum etwas Anderes sagen, als dass dieselbe in den meisten Fällen atypisch ist. Bald findet man die Morgentemperatur am meisten erhöht — besonders bei passiver Melancholie — zumeist aber zeitlich Nachmittags; bald ist wieder — besonders bei Manie — in den Abendstunden die Temperatur am stärksten erhöht. Auf Grund seiner sphygmographischen Untersuchungen behauptet Wolff, dass die unheilbaren Geisteskranken einen Pulsus tardus haben, respective, dass solche Kranke, die einen pulsus tardus haben, nie heilen. Die Temperatur solcher Geisteskranken weist fast ausnahmslos Anomalien auf, welche ihre pathognomische Bedeutung durch die nicht selten auftretenden Temperatursteigerungen erhalten. Diese Temperatursteigerungen sind nicht continuirlich oder typisch, sondern dieselben sind unregelmässige bald Morgen- bald Abendsteigerungen, welche gewöhnlich zwischen 37.5° und 37.9° C. schwanken, ohne irgendwelche subjectiven oder objectiven pathologischen Symptome; zuweilen aber 38—38.12° C. erreichen.

Mendel⁴⁾ verglich die Temperatur des äusseren Gehörganges mit

1) Zeitschrift f. Psych. Bd. 23.

2) Archiv f. Psych. Bd. I.

3) Beobachtungen über den Puls bei Geisteskranken. Zeitschr. f. Psych. Bd. 24—26.

4) Arch. f. Psych. Bd. II. citirt bei Reinhard.

derjenigen der Achselhöhle bei Gesunden und bei Geisteskranken und fand, dass während bei Gesunden die Differenz constant ist, dieselbe bei Geisteskranken variirt. Simon¹⁾ hat eine ganze Reihe von Temperaturmessungen gemacht und sehr häufig während der unruhigen Periode ein nicht unbedeutendes Sinken der Temperatur, gegenüber der ruhigeren Perioden gefunden, während andere Male die Temperatur allerdings erhöht war, dann aber auch meist eine körperliche Ursache nachzuweisen war. Nach Burckhardt²⁾ wären bei der Paralyse die Reize, welche die thermischen Centren erregen, in dem krankhaften Prozesse zu suchen, der so vorzugsweise die Rinde des Vorderhirns zerstört. —

Ziegler³⁾ theilt einen Fall von Geistesstörung mit intermittirenden Erscheinungen mit. Seine Beobachtungen zeigten, dass sowohl die Morgen- als die Abend-Mitteltemperaturen an den Bewegungstagen höher sind als an den ruhigen. An seiner eigenen Person gemachte Controllversuche bestätigten, dass an Bewegungstagen die Temperatur stets höher ist. Er folgert aus seinen Beobachtungen, dass die bei dem intermittirenden motorischen Verhalten seiner Patientin beobachtete Temperatursteigerung durch die Bewegungsausserung als solche zu erklären ist.

Nach Kroemer⁴⁾ hält sich in der maniacalischen Gruppe der Paralytiker die Temperatur wegen der grösseren Wärmeerzeugung durch die beständige Agilität stets etwas höher; in der melancholischen Form aber hält sich die Temperatur tief unter der Norm. In der apathischen dementen Form machen sich keine absolut hohe oder absolut tiefe Temperaturen bemerkbar; es sinkt vielmehr die Temperatur allmählich entsprechend dem allgemeinen Verfall mehr und mehr herab und der Tod tritt meist mit einem sehr tiefen Sinken der Temperatur ein. — Die Allgemein-Temperatur der Paralytiker ist tiefer als die gesunder oder von anderen Krankheiten afficirter Menschen.

Reinhard⁵⁾ machte bei 15 Paralytikern vier Wochen hindurch täglich dreimal Temperaturmessungen. Die Temperatur verhielt sich in allen Fällen abweichend von der Norm. Das Zustandekommen der Temperaturerhöhungen ist im Allgemeinen ein ziemlich plötzliches; Kranke die z. B. am Mittag noch eine ganz normale Körpertemperatur aufweisen, haben am Abend oft eine Körperwärme von 38⁰ C. und darüber; plötzliches Ansteigen über 38.5⁰ C. ist indessen nur selten beobachtet worden. Auch hinsichtlich der Dauer der einmal consta-

¹⁾ Arch. f. Psych. Bd. II. S. 354.

²⁾ Beobachtungen über die Temperaturen Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. VIII.

³⁾ Zeitschrift f. Psych. Bd. 21. S. 184.

⁴⁾ Temperatur-Beobachtungen bei paralytischen Geisteskranken. Zeitschr. f. Psych. Bd. 36.

⁵⁾ Die Eigenwärme in der allg. progr. Paralyse der Irren. Arch. f. Psych. Bd. X.

tirten Temperatursteigerung ergaben sich je nach Zeit und Umständen Differenzen. Während das einmal nur eine einzige Messung am Tage eine Temperaturerhöhung nachweist, ergaben zuweilen auch zwei oder mehrere auf einander folgende Messungen erhöhte Werthe. Hier und da finden sich zusammenhängende grössere Complexe von Temperatursteigerungen, die sich auf eine verschieden grosse Reihe von Tagen erstrecken. — Das einzige was in seinen Fällen noch am meisten an eine Art Gesetzmässigkeit im Temperaturgange erinnert ist der Umstand, dass die Mittags- und Abendtemperaturen im Grossen und Ganzen höher sind als die Morgentemperaturen. Die Ausnahmen hiervon sind verhältnissmässig wenig zahlreich. Ein weiteres Ergebniss ist das durchgängige Vorkommen von häufigen beträchtlichen Tageschwankungen.

Auffallend ist die häufige Coincidenz der Temperatursteigerung und Erregung. Die Temperatursteigerung pflegte in den meisten Fällen bereits einige Zeit, manchmal 10 - 12 Stunden vor der Erregung vorhanden zu sein, seltener geschah es, dass sie gleichzeitig mit ihr auftrat. R. konnte jedoch in keinem seiner Fälle ein Zusammentreffen subnormaler Temperaturen mit Erregungszuständen constatiren. Es können selbst Monate lange Zeiträume eintreten, in welchen, wenn keine Complicationen vorkommen, nur ganz ausnahmsweise oder selbst gar keine Temperaturerhöhung gefunden wird. Bei Paralytikern aber, deren geistige und motorische Schwäche schon bedeutend war, kam selbst innerhalb dieser relativ guten Zeiträume ab und zu eine abendliche Temperatursteigerung über die Norm vor.

Auf Grund seiner Beobachtungen besteht für Reinhard kein Zweifel, dass die pathologischen Temperaturverhältnisse der Paralytiker, wenn nicht ausdrücklich complicirende Momente erwähnt werden, stets von dem centralen Leiden herrühren. Er möchte von vornherein der einheitlichen Auffassung huldigen, dass sämtliche pathologische Steigerungen der Allgemein-Temperatur als febrile im eigentlichen Sinne des Wortes anzusehen sind.

Die sehr häufig mit den Temperatursteigerungen in der Paralyse einhergehende Erregung und Zunahme des Deliriums möchte R. als febrile Symptome angesehen wissen. Von einer Abhängigkeit der Fiebertemperaturen von der gesteigerten Agitation der Paralytiker kann schon deshalb keine Rede sein, weil erstere letzterer meistens schon kurze Zeit vorausgehen. Bei tabetischen Paralytikern sind verhältnissmässig nur wenige und mässige Temperatursteigerungen vorhanden; locale Temperaturerhöhungen am Kopfe wurden überhaupt nicht bemerkt und zwar deshalb, weil in diesen Fällen die Hirnerscheinungen weniger heftig sind und die ganze Krankheit gewöhnlich langsamer und milder verläuft.

Nach Reinhard können wir, wenn wir bei einem Geisteskranken ein entsprechendes Verhalten der Eigenwärme gefunden haben mit ziemlicher Gewissheit die Diagnose auf allg. progr. Paralyse stellen, auch wenn noch gar keine bemerkenswerthen Lähmungserscheinungen

vorhanden sind. Das Hauptgewicht legt er dabei auf das Prävaliren der Kopf-temperatur über die Höhe der Eigenwärme in der Achselhöhle, sodann auf das Vorhandensin ungewöhnlich grosser Tagesschwankungen der Eigenwärme und auf das gelegentliche Vorkommen leicht febriler Allgemeintemperatur ohne nachweisbare Ursachen. Zur Constatirung des Anfangsstadiums der allgemeinen Paralyse ist die Thermometrie geradezu unentbehrlich. Häufige und bedeutende Abnormitäten der Eigenwärme stellen einen rascheren Verlauf der Krankheit in Aussicht und die Remissionen der letzteren fallen immer mit Abnahme resp. Aufhören des abnormen Temperaturverhaltens zusammen.

Haase¹⁾ theilt 17 Fälle periodischer Geisteskrankheit mit und glaubt mit Sicherheit zu dem Resultat gelangt zu sein, dass der Zustand der Erregung bei maniakalischen Kranken allemal mit einer Steigerung ihrer Körpertemperatur verbunden ist, dass ferner die Temperatur immer höher steigt je mehr die Erregung zunimmt und dass schliesslich die Temperatur solcher Kranken während der Ruhepause fast immer subnormal ist. Bei zwei, zum Theil wenigstens melancholischen Kranken, hat sich als Resultat der Beobachtung herausgestellt, dass die Temperatur während der Erregung steigt, eine ziemliche Höhe, ja sogar 38° erreichen kann und dass sie mit zunehmender Depression wieder fällt, niemals aber eine ganz subnormale Tiefe erreicht.

Gauster²⁾ erwähnt, dass es seit Längerem bekannt ist, dass bei allg. progr. Paralyse ziemlich früh stetige Differenz der Körpertemperatur von 1—4 ja 6 Zehntelgrade Celsius vorkommt (zwischen Morgen und Abend) und zwar nach sorgfältigem Ausschluss anderer auf Erhöhung oder Verminderung Einfluss nehmender Momente; diese Differenzen zeigen sich meist sehr beständig und mindern sich bei eintretenden Beruhigungsintervallen. Zahlreiche Messungen haben ihm die Richtigkeit dieser Beobachtung dargestellt, so dass er bei zweifelhafter Diagnose auch auf dieses Moment Rücksicht nimmt, da die Differenz in der Regelmässigkeit wie hier, bei anderen Psychosen nur ausnahmsweise beobachtet wird.

Maccaabruni³⁾ theilt einen Fall von circulärer Paralyse mit, bei dem er den Thermometer 234 mal applicirte. Schon im Beginn des circulären Stadiums war ein epileptiformer Anfall, eingeleitet von einer praeparoxysmellen Temperatur bis 38.9° zu beobachten. — M. liess nun regelmässig die Temperatur messen und zwar in der Achselhöhle und fand, dass zwischen dem expansiven und depressiven Stadium kein bedeutender Temperatur-Unterschied existirt, indem im Stadium der Exaltation die Durchschnitts-Temperatur 36.6°, während der De-

¹⁾ Einige Beobachtungen über die Temperatur bei periodischen Geisteskranken. Zeitschrift f. Psych. Bd. 39.

²⁾ Die Heilung der allg. progr. Paralyse. Jahrbüch. f. Psych. 1879. Heft 1. S. 24.

³⁾ Arch. italian. par le malattie nerv. 1883. ref. Neurologisches Centralbl. 1884. Nro. 2. S. 39.

pression durchschnittlich 36.9° ausmachte; im Uebrigen schliesst er sich den Erfahrungen Kroemer's, Mendel's u. A. an, indem er der Paralyse einen fieberlosen Verlauf selbst mit subnormalen Temperaturen vindicirt. Ein bei Paralyse auftretendes Fieber ist stets auf irgend ein somatisches Leiden zurückzuführen und unter gewissen Umständen ist bei Paralytikern eine scheinbar normale Temperatur schon als eine fieberhafte Temperatur geringeren Grades zu betrachten, indem die wirkliche normale Temperatur der Paralyse zwischen 35 u. 36° liegen dürfte.

Tambroini¹⁾ machte 4000 Messungen bei verschiedenen Krankheitsformen Geisteskranker. Seine Untersuchungen bewiesen, dass die Mitteltemperatur der Geisteskranken 37.12 ist, weiteres dass — als Normaltemperatur 37 genommen — die Temperatur der Geisteskranken im Allgemeinen höher ist mit Ausnahme der Melancholia cum stupore, die Folie pellagreuse und die Fälle von Demenz. Bei denselben Krankheitsformen ist die Temperatur der Frauen niedriger als diejenige der Männer. Die Eigenwärme wird durch die Temperatur der umgebenden Luftschichte wenig modificirt; Abends ist die Temperatur etwas höher als Morgens.

Clouston²⁾ welcher bei 2000 Geisteskranken Untersuchungen anstellte, fand, dass in einzelnen Fällen die Temperatur erhöht ist, besonders bei tuberkulotischen Geisteskranken. Bei der Paralyse fand er seltener Temperatursteigerung.

Redard sagt in seinem Werke³⁾, dass Clouston mit Williams und anderen zahlreichen Autoren im Widerspruch steht, wenn er behauptet, dass die einzige Affection in deren Verlauf er Sinken der Temperatur fand, die Paralyse sei.

Nach den Erfahrungen von Savage⁴⁾ ist die Temperatur in den frühen Stadien der Paralyse, abgesehen von den acuten Fällen, entweder gar nicht oder nur in sehr geringem Grade erhöht. Zur Zeit der Anfälle ist Geneigtheit zu unregelmässigen Steigerungen vorhanden und jede körperliche oder psychische Erregung führt zur Temperaturerhöhung. Die Temperatur zeigt Schwankungen und in vielen Fällen hängt die Unregelmässigkeit von intercurrenten Störungen ab. Im weiteren Verlaufe des Leidens ist die Temperatur — wenn keine Complicationen auftraten — Morgens um 37.8° , Abends um 38.3 — 39.0° C. Wenn sich noch eine grössere Steigerung zeigt, dann ist ein somatisches Leiden vorhanden, welches aller Wahrscheinlichkeit nach zum Tode führt. —

1) L'encéphale tome V. p. 117.

2) Citirt bei Redard, Thermometrie médicale.

3) Traité de thermométrie médicale, Paris, 1885.

4) Savage, klinisches Lehrbuch der Geisteskrankheiten, deutsch von Knecht, 1887.

Ich meinerseits habe 6 Monate hindurch bei 33 Paralytikern die Temperaturverhältnisse beobachtet; insgesamt habe ich 4724mal den Thermometer angelegt und zwar in der Achselhöhle dreimal, oder doch mindestens zweimal täglich (Morgens: 7—8 U. Nachmittags $\frac{3}{4}$ 1— $\frac{3}{4}$ 2 U. und Abends $\frac{1}{2}$ 6— $\frac{1}{2}$ 7 Uhr). Vor den Messungen wurde die Achselhöhle sorgfältig ausgetrocknet, dass die Daten nicht etwa in Folge eventuellen Schweißes gefälscht werden. Der Thermometer wurde jedesmal 15 Minuten in der Achselhöhle gelassen. Da die meisten Kranken nicht fähig waren die Thermometer selbst in der Achselhöhle zu fixiren, stellte ich neben jeden Kranken behufs Aufsicht einen Wärter und wurden die Messungen stets unter meiner persönlichen Aufsicht gemacht. — Die Zeitdauer, während welcher bei den einzelnen Kranken Messungen angestellt wurden, war verschieden; einige wurden während der ganzen Zeit (6 Monate) gemessen, andere kürzere Zeit; Mehrere wurden vom Tage ihrer Aufnahme bis zu ihrem Tod gemessen; auf einen Kranken entfallen durchschnittlich 143.15 Messungen. Meine Beobachtungen zeigten, dass bei der progr. Paralyse überwiegend häufig die subnormalen Temperaturen vorkommen; besonders tief sind Morgen-Temperaturen, welche zwischen 35.5 und 36.5° C. schwankten, aber auch nicht selten einen Temperaturgrad unter 35.5 zeigten. Die Abendtemperatur war zumeist höher als die morgenliche; der Typus inversus kommt seltener vor, aber häufig sind die Mittagstemperaturen die höchsten. Die Mittags- und Abendtemperaturen waren viel seltener subnormal als die morgenlichen, aber häufig genug waren die Temperaturen des ganzen Tages subnormal. Die Mittags- und Abendtemperaturen erreichten häufig die normalen Grade.

Selten kam es vor, dass die Temperaturen den ganzen Tag über normal waren; nur in einem Fall dementier Form der Paralyse zeigten sich während der ganzen Messungsdauer keine subnormale Temperaturen, dieselben schwankten stets zwischen normalen Graden mit morgenlichen Remissionen. — Die Tagesschwankungen waren bedeutend, übertrafen oft 1°, was die bedeutend niedrigen Morgentemperaturen neben abendlichen normalen leicht erklären; die Schwankungen waren selbstverständlich geringer, wenn sämtliche Tagestemperaturen subnormal waren.

Auf Grund der Häufigkeit subnormaler Temperaturen wäre ich geneigt dieselben als die eigentliche normale Temperatur der progr. Paralyse zu betrachten; meine zahlreichen Messungen machten den Eindruck, dass bei der progr. Paralyse Temperaturen von 37—37.8° schon den Charakter fieberhafter Temperaturen haben. Nicht selten hatte ich Gelegenheit derartige Patienten zu beobachten, deren Aeusseres auf fieberhaften Zustand zu folgern erlaubt hätte, trotzdem zeigten die sorgfältigsten Messungen mit Ausschluss aller die Temperatur ungünstig beeinflussender Umstände, nur normale Temperaturen.

Bei einem Paralytiker dementier Form, bei welchem nur 14 Tage lang gemessen wurde, war die ersten 7 Tage hindurch die Morgentemperatur (normal) höher als die abendliche (subnormal); die folgenden 7 Tage hindurch war die Morgentemperatur gleich mit der abendlichen;

und zwar war sie 4 Tage hindurch normal, drei Tage hindurch subnormal. Aufregungen haben zwar im Allgemeinen die Temperatur erhöht, doch kam es kaum vor, dass selbst in solchen Fällen die Temperatur über 38° höchstens 38,5° gestiegen wäre.

Bei einem im melancholischen Stadium einer circulären Paralyse sich befindenden Patienten zeigten während hochgradiger Anxiosität und Angstzuständen die Messungen subfebrile Temperatur mit morgentlichen Remissionen und Mittags-Exacerbationen. Die in diesem Falle erreichte höchste Temperatur war 38,35°. Mit dem Aufhören der durch die Angstzustände verursachten Erregung hörten auch die fieberhaften Temperaturen auf und die Temperatur bewegte sich zwischen 36,8° und 37,7° mit auffallend häufigen morgentlichen Exacerbationen.

Eine auffallende Erscheinung bilden die episodischen Temperaturerhöhungen, welche auf keinen, irgendwelchen Grund zurückzuführen sind und welche sich zumeist auf 37,9° bis 38,8° erstrecken aber auch über 39° steigen können; in einem meiner Fälle sogar 40,4° erreichte. —

Diese episodischen Temperatursteigerungen zeigten sich fast in allen meinen Fällen; nur in zwei Fällen fehlten sie vielleicht in Folge der kürzeren Dauer der Messungen. Es fehlten diese Temperatursteigerungen auch in dem Falle nicht, bei welchem ich bemerkte, dass die Temperaturen im Allgemeinen nie subnormal waren, ebenso fehlten sie auch nicht bei einem Patienten der sich im Stadium der Remission befand, auf welchen ich später noch zurückkommen werde.

Diese episodischen Temperatursteigerungen traten zumeist vorübergehend nur einmal auf, und zwar Mittags oder Abends, während die zunächst folgende Morgentemperatur schon wieder normal, häufiger noch subnormal war; so z. B. war in einem meiner Fälle die Morgentemperatur 36,1° C., stieg bis Abends auf 40,4° C., während die folgende Morgentemperatur schon wieder 36,5° C. zeigte; es kamen aber diese Temperatursteigerungen auch mehrere Tage hindurch vor (zumeist 2—3 Tage lang) aber nur einmal im Tage, während die übrigen Tagestemperaturen die gewohnten waren; verhältnissmässig seltener kam es vor, dass diese fieberhaften Bewegungen sich auf den ganzen Tag oder gar auf mehrere Tage erstreckten, auch in diesen Fällen mit morgentlichen Remissionen. — Nur in einem Fall beobachtete ich eine derartige Temperatursteigerung Morgens, wo die Temperatur 39° C. betrug. Ich bemerke noch, dass in solchen Fällen, wo die Allgemein-Temperatur beständig sehr niedrig war, diese Temperatursteigerungen in Temperaturen von 37,4°—37,8° ihren Ausdruck fanden. Es kommt manchmal vor, dass während derartigen Temperatursteigerungen die Patienten unruhig sind, agitiren, ihr Gesicht geröthet ist, aber in den meisten Fällen zeigten sie in ihrer äusseren Haltung keine Veränderung. Diese Temperatursteigerungen, ebenso wie die übrigen Temperaturanomalien der progr. Paralyse finden ihre Erklärung wahrscheinlich in den Functionsstörungen der vasomotorischen und wärmeregulirenden Centren.

Zu erwähnen habe ich noch, dass ich bei einem Patienten im

Stadium der Remission meine Messungen anstellte, welche das gleiche Resultat gaben wie in den übrigen Fällen. Es ist wohl wahr, dass in diesem Falle die Temperaturen zumeist normal waren, zwischen 37⁰ und 37.5⁰ C. schwankten, aber nicht selten waren die Morgentemperaturen subnormal, häufig sogar die Abendtemperaturen. Die Mittagstemperaturen waren oft die höchsten unter den Tagestemperaturen, ebenso zeigten sich auch selten morgenliche Exacerbationen. Auch die episodische Temperatursteigerung blieb nicht aus, dieselbe wurde einmal Abends beobachtet, als dieselbe in einer Temperaturhöhe von 37.9⁰ C. ihren Ausdruck fand. — Das Ergebniss meiner Beobachtungen lässt sich in folgenden drei Punkten zusammenfassen:

1. Die Temperatur der Paralytiker weicht von der Norm ab, und zwar ist sie überwiegend subnormal.

2. Es zeigen sich bedeutendere Tagesschwankungen.

3. Es treten episodische, gänzlich unmotivirte, zumeist nur kurze Zeit andauernde Temperatursteigerungen auf, welche zeitweilig auch eine Höhe von über 40⁰ C. erreichen können.

Diese charakteristischen Temperaturverhältnisse der Paralytiker können auch von diagnostischem Standpunkte aus verwerthet werden, da dieselben auch in den Anfangs- und Remissionsstadien ihren Ausdruck finden. Reinhard erwähnt bei den Temperaturverhältnissen der Paralytiker noch einen charakteristischen Umstand, nämlich das Prävaliren der Kopftemperatur über die der Achselhöhle. In dieser Richtung habe ich meine Beobachtungen nicht ausgedehnt. —

(Schluss folgt).

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung von Montag den 12. November 1888.

Von Dr. König in Dalldorf.

1) Uthhoff: *Krankenvorstellung.*

27 j. Patientin leidet an *beginnender multipler Sclerose*. Vor 2 Jahren vorübergehend Doppelsehen und Schwindelgefühl; dann ohne Beschwerden bis Anfang dieses Jahres. Im Laufe der letzten Monate häufig Schwindelerscheinungen, Kopfschmerzen, vor 6—8 Wochen plötzlich Auftreten einer Schwäche des linken Beines mit deutlichen Sensibilitätsstörungen, Fusszittern und Rigidität; Kniephänomen abgeschwächt; rechts gesteigert; das rechte Bein zeigt eine ganz leichte motorische Schwäche. Im Januar dieses Jahres trat plötzlich eine Sehstörung auf dem rechten Auge ein; Patientin konnte Finger nur in 1 Fuss Entfernung erkennen, und alles, was nach oben hin im Gesichtsfeld liegt, nicht sehen; das linke Auge blieb vorläufig frei; erst

im August hat sich auch dieses allmählich verschlechtert. Der Augenbefund war nun folgender: In der oberen Hälfte des Gesichtsfeldes Farbendefecte und leichte concentrische Einschränkung; auf dem linken Auge zuerst nichts nachweisbar. Jetzt besteht auf beiden Augen ein centrales Scotom, und zwar ein kleines Ringscotom, speciell in einer Farbenstörung für roth und grün bestehend.

Das Bemerkenswerthe an dem Fall ist:

Das Auftreten der Sehstörung; wir haben wieder die Erfahrung, dass auf dem rechten Auge die Störung ganz plötzlich und sehr hochgradig eingesetzt hat; gleichzeitig zeigt sich auf dem andern Auge allmähliches Entstehen der Sehstörung; der ophthalmoskopische Befund war von vornherein für beide Augen derselbe, eine atrophische Verfärbung der äusseren Papillentheile. Was das centrale Scotom anbetrifft, so ist bei der multiplen Sclerose das Farbenscotom keine seltene Erscheinung; unter 21 Fällen fand U. es 7 Mal. Man muss bei der multiplen Sclerose sehr vorsichtig sein, aus der Lokalisation der Verfärbung einen Rückschluss zu machen auf das Gesichtsfeld. Es kann hier vorkommen, dass wir Verfärbung der temporalen Hälfte und eine concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes haben. Dieses Ringscotom ist eine äusserst seltene Erscheinung.

2) Bernhardt: Ueber Peronäuslähmung. (Krankenvorstellung.)

(Als Originalaufsatz in der Nro. 24 d. Bl. vom vorigen Jahre abgedruckt.)

In der Discussion bemerkt R e m a k, dass er den 2. vorgestellten Fall nicht als Peronäuslähmung bezeichnen möchte; diese spastischen Zustände kommen bei allerlei cerebralen Erkrankungen vor; was den ersten Fall anbelangt, so ist die Entstehung interessant. Vor einem Jahre hatte R. einen Tischler in Behandlung, der einen Fussboden abgehobelt hatte, und dabei nach 3 Tagen eine Peronäuslähmung bekam. Auf 105 periphere Radialislähmungen kommen nach R.'s Berechnung 20 reine Peronäuslähmungen, von denen die Hälfte traumatisch sind.

Eine häufige Veranlassung ist auch die aus therapeutischen Rücksichten nach Contracturen ausgeführte Dehnung, ferner Verbände.

Martius hat auch einen interessanten Fall von Peronäuslähmung gesehen.

Es handelt sich um einen 20j. Bäckergehilfen, der eines Empyems wegen in die Charité kam und operirt wurde; es entwickelte sich eine Schwäche am rechten Fuss. Die Untersuchung ergab eine complete Lähmung des Tib. anticus, des Extensor communis und Hallucis longus. Es bestand Entartungsreaction; auffallend war, dass bei starker faradischer Reizung des Muskels ein Tetanus entstand, der allmählich anschwell und ebenso wieder abnahm.

Die Ursache dürfte wohl eine periphere Neuritis sein, die im Anschluss an das Empyem eingetreten ist, denn es traten auch Sensibilitätsstörungen ein.

Bernhardt betont, dass er den 2. Fall nicht zu den Peronäuslähmungen rechne, er habe denselben bloß als interessanten Fall vorgezeigt.

3) Oppenheim: Ueber einen Fall von combinirter Erkrankung der Rückenmarksstränge im Kindesalter. (Autorreferat.)

Das 15 jährige Mädchen wurde im Mai 1886 zum ersten Male in die Charité aufgenommen. Ueber die Entwicklung der damals bestehenden Krankheitserscheinungen konnte nicht viel Bestimmtes ermittelt werden. Angehörigen hatte die Pat. nicht und die eignen Angaben derselben mussten mit Vorsicht aufgenommen werden.

Nach denselben war sie gesund bis zum zehnten Lebensjahre; überstand dann die Masern, im Anschluss daran soll sich eine fortschreitende Sehschwörung auf dem rechten Auge entwickelt haben, die weiteren Erscheinungen folgten aber erst im zwölften Lebensjahre nach einem Sturze ins Wasser.

Die Symptome, welche sie während ihres damaligen Hospitalaufenthaltes bot, möchte ich aus nachher zu erörternden Gründen in zwei Gruppen bringen.

In die erste gehören eigenthümliche, etwa als *choreatische* zu bezeichnende Zuckungen in der linken Körperhälfte, die Gesichtskiefer — Muskulatur und vor allen den linken Arm, weniger das Bein, betreffend. Dieselben bestanden im geringen Grade fortwährend, steigerten sich bei Bewegungen und besonders im Affect, so auch bei der Unterhaltung; man sah dann die Zunge gegen den linken Mundwinkel stossen, Schmeckbewegungen der linken Mundhälfte, der Unterkiefer wurde nach links geschoben und der linke Arm führte unwillkürliche Bewegungen aus, sodass die Pat. häufig gezwungen war, ihn mit der rechten Hand zu fixiren. Hand in Hand damit ging ein geringer Grad von Schwäche und es bestand auch eine leichte Contractur in den Gelenken der linken oberen Extremität. Durch die Zuckungen, durch ein geringes Näseln sowie durch eine beschleunigte, ihren Rythmus wechselnde, zuweilen *keuchende Respiration* war die Sprache etwas unverständlich, aber nicht in irgend einer charakteristischen Weise verändert.

In die zweite Gruppe gehören Krankheitserscheinungen, die eine Verwandtschaft mit dem Symptomenbilde der *Tabes dorsalis* bekunden. Es bestand eine *beiderseitige Opticus-Atrophie*, die rechts zu völliger Amaurose, auf dem linken Auge zu einer beträchtlichen Herabsetzung der Sehschärfe geführt hatte. Beide Pupillen von mittlerer Weite, absolut *lichtstarr*; ob Convergenzreaction vorhanden, liess sich nicht feststellen. Die Augenbewegungen im wesentlichen frei; aber es bestand eine deutliche rechtsseitige *Ptosis*.

Von weiteren Symptomen war das bemerkenswertheste das *Westphal'sche Zeichen*; das Kniephänomen war auf keine Weise zu erzielen. Der Gang war etwas schwerfällig und in der Rückenlage machte

sich eine mässige *Schwäche* sowie eine spurweise *Ataxie* in den unteren Extremitäten geltend. Ausserdem stellten sich Mitbewegungen und selbst beim Erheben der Beine solche in den oberen Extremitäten ein. Keine Störung der Sensibilität und der Blasenfunction, keine Schmerzen; dagegen deutliches *Schwanken bei Augenschluss*. Hinzuzufügen bliebe noch, dass die Pat. in ihrer geistigen Entwicklung etwas zurückgeblieben war, ohne jedoch auffällige Symptome in dieser Hinsicht zu bieten.

Sie wurde nach wenigen Monaten entlassen und von neuem rezipirt im April 1887; sie war zu Hause offenbar sehr vernachlässigt worden, es hatte sich ein tiefer *Decubitus* in der Kreuzgegend ausgebildet. Die Schwäche der unteren Extremitäten, welche in starker Beugstellung verharren, hatte zugenommen. Die Kranke starb nach wenigen Tagen.

Die *Obduction* ergab im Gehirn ausser einem leichten Hydrocephalus, einem Oedem der Pia mater und einer Ependymitis am Boden des IV. Ventrikels nichts Pathologisches, speziell keine Herderweichung. Die Optici zeigten eine graue Färbung. Im Rückenmark makroskopisch nichts Abnormes.

Einer mikroskopischen Prüfung habe ich bisher das Rückenmark, die *Medulla oblongata*, Pons und Vierhügelgegend unterzogen und will die bemerkenswerthesten Veränderungen in aller Kürze mittheilen. Im Rückenmark handelt es sich um eine Erkrankung einzelner *Fasergebiete*, die sich durch das ganze Organ hindurch verfolgen liess und zwar sind betroffen die *Pyramidenseitenstrangbahnen*, die *Pyramidenvorderstrangbahnen*, die *Goll'schen* und die *Burdach'schen Stränge*, doch so, dass in den Hintersträngen die Atrophie am schwächsten ausgeprägt ist. Wenn man sich nicht streng an das *Flechsigs'sche* Schema bindet und geringe Irregularitäten in der Verbreitung zulässt, so hat man wohl die Berechtigung in diesem Falle von einer *combinirten Systemerkrankung* zu sprechen, doch kommt es mir nicht darauf an, nach dieser Richtung etwas Entscheidendes auszusagen — genug: Eine Erkrankung, die sich auf einzelne Fasergebiete beschränkt, im ganzen nahezu symmetrisch ausgeprägt ist und was ich besonders betone, von sehr geringer Intensität ist. Der Prozess characterisirt sich als parenchymatöse Entartung. Gesund ist die graue Substanz, in specie die *Clarke'schen Säulen*. An den Wurzeln nichts Wesentliches. —

Die Hinterstrangaffection erstreckt sich bis in die Gegend der Kerne der zarten und Keilstränge, ist hier eben noch nachzuweisen. Die Erkrankung der motorischen Bahnen lässt sich aber durch die Pyramidenkreuzung hindurch in die Pyramiden der *Oblongata* bis hinauf zur Höhe des austretenden *Facialis* und *Abducens* verfolgen, um sich hier allmählich zu verlieren.

An den Kernen des *Bulbus* nichts Pathologisches, ebensowenig an der aufsteigenden *Quintuswurzel*. Dagegen finden sich im Pons und in der Vierhügelgegend einige sehr bemerkenswerthe Ver-

änderungen: Die *absteigende Quintuswurzel* ist nämlich in ihrer ganzen Ausdehnung *atrophirt* (Demonstration der Präparate), die Nervenröhren, die sie zusammensetzen, sind fast vollständig untergegangen, von den Ganglienkugeln sind nur noch einzelne wahrzunehmen. Auch die Zellen des *Locus coeruleus* scheinen etwas in Mitleidenschaft gezogen. Der *Oculomotoriuskern* ist in seinen hinteren (unteren) Abschnitten normal. Der vordere (obere) Abschnitt scheint etwas ärmer an Ganglienzellen, als normal.

Sehr evident ist nun aber die Atrophie der von Westphal beschriebenen Zellgruppen im oberen Niveau des *Oculomotoriuskernes* wie die demonstrierten Präparate lehren. Die Ganglienzellen sind in denselben fast vollständig untergegangen, Die Gerüstsubstanz ist verbreitert und es finden sich in derselben zahlreiche Spinnenzellen.

Herr Geheimrath Westphal hat die Befunde bestätigt, ebenso College Siemerling. —

Epikrise: Der Befund einer combinirten Erkrankung der Rückenmarksstränge im Kindesalter erinnert zunächst an die *Friedreich'sche Krankheit*, die hereditäre Ataxie (*Friedreich, Schulze, Rütimeyer etc.*). In diese Kategorie gehört mein Fall jedoch nach seinem klinischen Verhalten nicht.

Will man die Diagnose *Friedreich'sche Krankheit* stellen, so muss man sich strenge an die von demselben aufgestellten Kriterien halten. Es fehlt die ausgeprägte Ataxie, der Nystagmus, der Nachweis der Heredität etc. dagegen finden wir eine Reihe von Symptomen, die der *Friedreich'schen Krankheit* nicht zukommen: *Opticusatrophie, Pupillenstarre, Ptosis etc.*

Es ist aber der Fall in Parallele zu bringen mit den Beobachtungen über combinirte Erkrankungen der Rückenmarksstränge, wie sie von Westphal, Kahler und Pick, Strümpell u. A. geschildert worden sind und lässt sich auch symptomatologisch damit in Einklang bringen, wenn man in Rücksicht zieht, dass der anatomische Process, (namentlich die Hinterstrangaffection) sich noch in einem sehr frühen Stadium befindet.

Das Interesse liegt dann in dem frühzeitigen Auftreten im Kindesalter, sowie in den anatomischen Veränderungen, die in der oberen Ponsgegend gefunden werden.

Eine Atrophie die sich auf die *Westphal'schen Zellengruppen* des *Oculomotoriuskernes* beschränkt, ist bisher noch nicht beschrieben worden.

Von einer Atrophie der absteigenden Quintuswurzel, ist meines Wissens nur die Rede in einem Falle von *Tabes*, welchen *Ross* mitgetheilt hat. *Ross* ist geneigt die in seinem Falle bestehende Ophthalmoplegie in einen Zusammenhang mit dieser Atrophie zu bringen.

Ich bin überhaupt nicht im Stande, meinen Befund klinisch zu deuten.

In Rücksicht auf die im vordersten Abschnitt des Oculomotorius-kernes gefundenen Veränderungen, würde es allerdings sehr verlockend sein, im Hinblick auf die Experimente von Hensen und Voelkers die Pupillenstarre auf Rechnung dieser nucleären Erkrankung zu bringen.

Aber Westphal der von dieser Vorstellung, dass seine Zellengruppen vielleicht den Kern der Binnenmuskeln des Auges bilden, ausgeht, fand dieselben sehr schön ausgeprägt, bei fehlender Pupillenreaction und ich selbst habe noch jüngst einen Fall von *Tabes dorsalis* mitgetheilt, in welchem die Pupillenreaction aufgehoben war und Augenmuskellähmung bestand, während dieser Nebenkern sich sehr schön entwickelt zeigte. Man muss also vorläufig auf eine klinische Verwerthung dieses Befundes verzichten.

(Zusatz): Ich möchte noch darauf hinweisen, dass in den letzten Jahren mehrfach (besonders von B. Remak) Fälle beobachtet worden sind, in denen *tabische Symptome im Kindesalter* (Opticusatrophie, Westphal'sches Zeichen etc.) vornehmlich bei congenitaler Lues hervortreten. Man muss freilich mit der Deutung solcher Erscheinungen vorsichtig sein, da auch andere Erkrankungen, besonders die Syphilis der Hirn- und Rückenmarkshäute in einem Stadium ihres Verlaufes zu solchen Symptomen führen kann, (wie in dem von Siemering mitgetheilten Falle von congenitaler Hirn- und Rückenmarkssyphilis). Immerhin lehrt die heute geschilderte Beobachtung, dass auch *tabische Symptome auf Grund einer der Tabes sehr nahe verwandten Erkrankung (der combinirten Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge des Rückenmarkes) im Kindesalter vorkommen.*

Sitzung vom Montag 10. Dezember 1888.

4) **Sperling:** a) *Ein Fall von Peronäuslähmung.* Dieselbe wurde hervorgebracht durch eine Quetschung oberhalb des Fussgelenkes an der Vorderfläche des Unterschenkels, welche Pat. vor 5 Jahren erlitten hat. Die motorischen Störungen sind die gewöhnlichen. Die Sensibilitätsstörungen sind abweichend von dem gewöhnlichen Bilde; es findet sich eine Herabsetzung der Sensibilität jeder Qualität an der vorderen Seite des Unterschenkels, sodass nur ein ganz schmaler Streif der Wade frei bleibt; diese freie Zone geht über die Hacke und nimmt von beiden Fussrändern einen schmalen Streifen in Anspruch, ebenso die beiden letzten Zehen.

b) *Ein Fall von isolirter Lähmung des nervus supraclavicularis.*

Die 50 j. Frau, welche im 20. und 35. Jahre einen Typhus durchgemacht hat, und nach dem zweiten Typhus allerhand nervöse Erscheinungen bekam wie Kopfschmerzen, Magenbeschwerden, Einschlafen der Hände und Arme, aufsteigende Hitze, im übrigen war sie gesund, erkrankte im April dieses Jahres mit starken Schmerzen in der linken Schulter; in der folgenden Nacht wurden die Schmerzen stärker und verbreiteten sich auf den ganzen Oberarm; Tags darauf konnte sie den ganzen linken Arm nicht heben; diese Bewegungsunfähigkeit

dauerte 8 Tage; nach Anwendung von Na. Salicyl. liessen die Schmerzen nach; sie konnte auch schon kleine Verrichtungen ausführen, nach 3 Wochen den Arm heben. Durch 5monatliche galvanische Behandlung besserte sich die Function noch mehr, und jetzt ist kaum noch eine Störung zu konstatiren, nur das Legen der linken Hand auf die rechte Schulter geht noch etwas schwer. Entsprechend diesen Störungen fand sich eine erhebliche trophische Störung in den betheiligten Muskeln, und zwar eine bedeutende Abflachung in der Gegend des M. infraspinatus sinister; die Haut darüber war sehr dünn, und es war unmöglich, in den Muskel einzugreifen; am M. supraspinatus war nur eine ganz unbedeutende Atrophie. Dann fanden sich gewisse Sensibilitätsstörungen: Ueber dem M. infraspinatus befand sich eine 2 M.-Stück grosse Stelle, welche auf Druck sehr schmerzhaft war; die Umgegend in der Grösse einer Handfläche war gegen Tasteindrücke abgestumpft; auf der rechten, der gesunden Seite, waren alle Gefühlsqualitäten im Bereich einer kleinen Zone zwischen dem 2. und 3. Metacarpo-phalangealgelenk aufgehoben. Dies Schulterblatt stand mit seiner untersten Spitze $1\frac{1}{2}$ cm. in die Höhe gerückt. Eine vollkommene Suprascapularislähmung hätte den angulus scapulae noch mehr der Mittellinie zuführen müssen; es handelt sich also nur um eine unvollständige Lähmung.

Diese Beobachtung steht im Widerspruch mit den beiden anderen sich in der Literatur findenden Fällen von Bernhardt und Hoffmann. In diesen beiden ist das Schulterblatt von der Mittellinie abgerückt. Duchenne gibt die Stellung so an, wie sie Vortragender gefunden hat. Um schliesslich die Diagnose ganz sicher zu stellen ergab die electrische Untersuchung eine partielle Ea. R für den M. infraspinatus: die faradische Reaction war und ist noch ganz aufgehoben.

Die Aetiologie ist vollkommen unklar. Von den beiden vorhin erwähnten Fällen ist der eine rheumatisch, der andere traumatisch.

Es handelt sich wohl in allen 3 Fällen um eine Neuritis. Eigenthümlich ist die Entstehungsweise bei der Patientin: sie ist mit Schmerzen erkrankt nicht nur in der Schulter, sondern auch im linken Oberarm, und es bestand in den ersten 8 Tagen eine Lähmung des ganzen Arms. Es handelte sich wohl zuerst um eine Erkrankung des ganzen plexus brachialis, die dann bis auf die Affection des N. suprascapularis zurückging. —

An der Diskussion theilnehmen sich Oppenheim, Bernhardt und Remak.

5) Westphal: Ueber *Ophthalmoplegia externa*. Bei früherer Gelegenheit hat Votr. zwei Gruppen von Ganglien demonstrirt, eine mediale und eine laterale; bei der Untersuchung eines ähnlichen Falles fiel W. vor kurzem auf, dass ausser diesen beiden Gruppen noch eine Gruppe von Ganglien vorkommt, die auch noch nicht bekannt geworden ist, und die er die „Kreisgruppe“ nennen möchte; diese fand sich bei

einer Lähmung des Oculomotorius atrophisch; während in dem normalen Kerne durchschnittlich 50—60 Ganglienzellen waren, fanden sich in den pathologischen nur 25.

6) Siemerling: *Ueber Neurosen mit anatomischem Substrat.*

Es gibt eine Reihe von Beobachtungen, deren Symptomatologie und Verlauf eine organische Erkrankung des Nervensystems vermuthen liess, ohne dass man bis jetzt anatomische Befunde hatte.

Diesen Fällen gegenüber stehen andere, welche klinisch als Neurosen verliefen, und wo die Section ein anatomisches Substrat lieferte. Zu dieser Kategorie gehört auch der folgende Fall:

Es handelt sich um ein 31 jähriges Dienstmädchen, hereditär nicht belastet; mit 23 J. bekam sie die Periode, welche unregelmässig blieb; mit 28 J. Typhus, später nie recht gesund, im August 1883 kam sie nach der Charité; hier fand man eine Anästhesie des ganzen Körpers für alle Qualitäten, auch die Schleimhäute sowie die Sinnesorgane nahmen daran Theil: concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes, beiderseits Dyschromatopsie, Augenhintergrund normal, Geruch fehlte beiderseits; Geschmack war schlecht zu prüfen, da Patientin spontan einen bitteren Geschmack im Munde hatte. Gehör beiderseits herabgesetzt, Knochenleitung erloschen.

Das Muskelgefühl fehlte vollkommen, ausser dieser totalen Anästhesie zeigte sie ein sehr auffälliges Wesen, welches sich durch eine ausgesprochene Apathie charakterisirte, sie lag stille zu Bett, sprach spontan nichts, antwortete einsilbig; active Bewegungen wurden langsam ausgeführt, bei passiven leistete sie Widerstand. Dieser Zustand der Sensibilität wie der Psychose änderte sich fast gar nicht; alle therapeutischen Massregeln waren umsonst; spontan kehrte für einige Zeit an der Stirn, der behaarten Kopfhaut und einigen Theilen des Gesichts die Sensibilität zurück. Ende November 1883 machte Patientin eine Entbindung durch; nach derselben wurde sie etwas mittheilbarer. Am 7. Tage nach der Geburt stellten sich hallucinatorische Delirien ein. Anfang des Jahres 1884 wurden diese so intensiv, dass sie zur Irrenabtheilung verlegt werden musste. Die Delirien waren theilweise Gesichtstäuschungen, theilweise bestanden sie in Verfolgungsideen. Sie verweigerte wochenlang die Nahrung; als sie wieder anfang zu essen, behielt sie die Bissen stundenlang im Munde; Koth und Urin liess sie unter sich. Patientin wog schliesslich nur noch 47 Pfund und ging an Marasmus zu Grunde. Die Section gab als hauptsächlichsten makroskopischen Befund Phthise.

Mikroskopisch fand sich folgendes:

In der Medulla spinalis Degeneration der Hinterstränge, der Goll'schen wie der Burdach'schen, die nicht ganz bis an die Peripherie geht; an den Nervenfasern lassen sich theilweise myelitische Prozesse nachweisen; auch in den Vorderseitensträngen Degeneration. In dem unteren Dorsalmark hört die Degeneration der Hinterstränge

auf; aber es finden sich hier im ganzen Bereich der Hinterstränge keine longitudinal, sondern transversal verlaufende Fasern und zwar meist an den Stellen, wo Gefässe verlaufen. Diese Fasern finden sich nicht nur in den Hintersträngen, sondern auch in den Seitensträngen.

Ausser diesen quer verlaufenden Nervenfasern findet sich ein Hervorspringen des einen Hinterhorns, also eine Heterotopie grauer Substanz; die Clarke'schen Säulen sind unmittelbar aneinander gerückt. Ferner sieht man in der Medulla oblongata einen Spalt, der dort beginnt, wo die Pyramidenkreuzung bereits vollendet ist und die Medulla vollkommen durchtrennt. In dieser Gegend, wo die Pyramidenkreuzung vollendet ist, ist der Spalt am grössten; weiterhin, wo der Hypoglossuskern beginnt, wird er kleiner.

Endlich findet sich in sämtlichen motorischen Kernen Degeneration, am besten erhalten ist noch der Oculomotoriuskern, die austretenden Nervenfasern wie die peripherischen Nerven sind auffallender Weise vollkommen intact. Hingegen zeigt die Muskelsubstanz Veränderungen: die einzelnen fibrillen sind deutlich atrophisch, und eine enorme Wucherung des interstitiellen Bindegewebes und Kernwucherung ist nachzuweisen. —

Diese Veränderungen sind so mannigfaltig, dass ihre Deutung eine sehr schwierige ist.

Die Spaltbildung, die quer verlaufenden Fasern, die Heterotopie und die Verlagerung der Clarke'schen Säulen sind wohl als congenital aufzufassen; eine Erklärung für die Degeneration der Hinterstränge und der Nervenkerne zu geben, möchte V. nicht wagen. Jedenfalls kann man sie nicht als Inanitionerscheinungen deuten.

In der Diskussion hebt Oppenheim die Wichtigkeit der congenitalen Befunde bei schweren Neurosen hervor.

II. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Sitzung vom 20. October 1888.

Von Dr. Moravcsik in Budapest.

7) Arthur Schwarz stellt einen Fall von „corticaler Ataxie“ vor. Der 50 jährige Mann erkrankte im Mai, hatte gefiebert, war bewusstlos, delirirte; Lähmung war nicht vorhanden. Nach der Krankheit blieb ein Symptom zurück, welches darin bestand, dass der Patient seine linke obere Extremität nicht beherrschen konnte, was sich umsomehr unangenehm fühlbar machte, da der Kranke sich immer seiner linken Hand bediente. Die motorische rohe Kraft, die Sensibilität, das Muskelgefühl war intact, das stereognostische Vermögen aber fehlerhaft, indem bei geschlossenen Augen in die Hand gegebenen Gegenstände wie Schlüssel, Kamm etc. nicht erkannt und für etwas Anderes gehalten wurden. Es war eine hochgradige Ataxie vorhanden,

die intendirten Bewegungen konnte Patient nur mit grösserer Anstrengung und in Begleitung zweckloser Bewegungen vollführen. Die symptomatische Diagnose ist Ataxie, welche corticalen Ursprunges ist, da sie sich nur auf eine Extremität beschränkt hatte und ein anderes abnormes Symptom nicht vorhanden war.

Sitzung vom 3. November 1888.

8) **Julius Donáth** demonstriert ein *pathologisches Hirnpraeparat*, welches von einer 20 jährigen Frau stammt, die immer gesund war, nur am 17. October l. J. sich über Schwindel beklagte. Den folgenden Tag zeigte sich eine gewisse Schwäche im rechten Arme bald in der rechten unteren Extremität. Am 21. October nahm sie ein warmes Bad, worauf sie in den rechtseitigen Extremitäten clonische Krämpfe bekam und dabei ihr Bewusstsein theilweise auch verlor. Aus dem Bade musste sie mittelst Wagen nach Hause geführt werden und befand sich eine Zeit lang in einem halb soporösen Zustande und klagte über Kopfschmerzen. Die folgenden 2 Tage besserte sich etwas dieser Zustand, am 24. October jedoch schwand wieder das Bewusstsein und sie vermochte die rechte Extremitäten nicht zu bewegen. Am 28. October Nachts besuchte der Vortragende die Kranke, welche soporös im Bette sich hin- und herwarf, über Kopfschmerzen klagte, die halb dilatirten Pupillen reagirten auf Licht. Etwas lauter angesprochen, antwortete Patientin langsam, etwas lallend, jedoch verständlich und richtig. Während des Sprechens war der Mund etwas nach links gezogen, die rechten Extremitäten gelähmt, während die linken beweglich waren. Auf den gelähmten rechten Extremitäten wurden schwache Nadelstiche empfunden. Tuberculose oder Lues war nicht zu constatiren. Hirnblutung wurde als wahrscheinlich angenommen. Die folgende Nacht wurde der Sopor tiefer, Zunge trocken; Temperatur 37,3°; Tod am 29. October Vormittags. Die Section erwies einen Hirnabscess. Der ganze Parietallappen der linken Hemisphäre sowie der vorderste Theil des Occipitallappens, ferner beide Centralwindungen und schliesslich der hinterste Abschnitt der frontalen Windungen wurden erweicht gefunden. Der Gyrus paracentralis, das obere Viertel des gyrus centralis anterior, die obere Hälfte des Gyrus centralis posterior sowie die Umgebung des letzteren war grünlich-grau, fluctuirend. In der Tiefe der beiden Centralwindungen, ein- und rückwärts von deren weisser Substanz, in die Tiefe des linkseitigen Centrum semiovale sich erstreckend, zeigte sich ein, aus grünlichem Eiter bestehender, die Grösse eines Hühnereies besitzender Herd, um welchen herum die Hirnsubstanz eine 5 mmtr. dicke gefässreiche, röthlich-graue, derbe Hülle bildet, auf deren Innenfläche viel zarte, neugebildete Blutgefässe, an mancher Stelle eingedickte, weiche käsartige Substanz sichtbar sind. Patientin wurde im August l. J. wegen eines rechtsseitigen Supraclavicularabscesses behandelt, und somit hält Vortragender für wahrscheinlich, dass dieser Abscess die Metastase im Gehirn zu Stande brachte.

Sitzung vom 17. November 1888.

9) **Nikolaus Dubay** stellt einen Fall von *hysterischem Trismus und Tetanie* bei einer 27jährigen Frau vor, welche seit 7 Jahren krank ist. Hystero gene Punkte sind in grosser Anzahl vorhanden. Das oberflächliche Berühren der Ovarien ruft bereits Trismus hervor. Bei dem Drücken der oberen Dorsalwirbel wird in den Masseteren Tetanus ausgelöst, bei dem Drücken des mittleren und unteren Viertels der Wirbelsäule zeigen sich vorerst die Schmerzhaftigkeit des Scheitels, Betäubung, hernach Tetanus. Vor dem Auftreten des Trismus sind die Finger kalt und zum Coupiren des Trismus ist es genügend auf die Kranke zu blasen oder zu schreien oder die Masseteren zu reiben. Der Tetanus hört auf das Kneifen des M. pectoralis auf. Bei der Kranken ist ferner auch Heterothermia vorhanden; auf der rechten Seite ist die Temperatur 37,7°, auf der linken 38,2°.—

Sitzung vom 24. November 1888.

10) **Emerich Navratil** stellt einen, von ihm *wegen Epilepsie operirten und geheilten Fall* vor. Ein 17 jähriger Mann wurde zu Ostern mit einer Eisengabel auf den Kopf geschlagen, worauf am linken Scheitelbeine ein comminutiver Bruch entstand. Hierauf wurde er bewusstlos und war mehrere Wochen hindurch auf der rechten Seite hemiplegisch und aphatisch. Die gebrochenen Knochen wurden entfernt, worauf die Wunde vernarbte; es blieben aber rechtsseitige Facialislähmung mit Zuckungen, stotternde Sprache und Schwäche der rechten Extremitäten zurück, ausserdem hatte der Kranke manchmal epileptische Anfälle. Pat. kam auf die Abtheilung des Vortragenden, welcher zur Behebung des, durch die Knocheneinsenkung verursachten Druckes am 17. Juli 1887 eine Trepanation vollzog. Nach der Operation verschwanden beim Kranken die Facialiszuckungen sowie die Sprachstörung. Die Heilung verlief ungestört und der Patient befand sich wohl. Nach 3 Monaten zeigten sich von neuem die epileptischen Anfälle. Die diesbezügliche Ursache suchte der Vortragende in der Verwachsung der Dura mit der Haut, weshalb er auch die Verwachsung durchschnitt und die Wunde offen behandelte und zwischen die Haut und Dura Gazestreifen schob. Im Februar 1888 zeigten sich neue Anfälle, welche die Merkmale der Jackson'schen Epilepsie an sich trugen, und für die Affection der, der Verletzung entsprechenden corticalen Centren sprachen. Erneuerte Operation mit der Entblösung des Gehirnes am 4. August l. J. Dem Gyr. cent. ant. entsprechend wurden in 4 kleinen Gruppen weisslich-gelbliche Verfärbungen gefunden, welche von härterer Consistenz waren. Diese Stellen entfernte er in einer Tiefe von 3—5 mmtr., so dass an der Stelle der Verhärtungen muldenartige Vertiefungen zurückblieben. Wundverlauf mit geringer Temperaturerhöhung. Am dritten Tag entstand rechtsseitige Facialis-, fünften Tag rechtsseitige Extremitätenlähmung, bald Kopfschmerz, Unruhe, Bewusstseinsstörungen. Am achten Tag darauf liess die Reaction vollkommen nach; am 16. Tag verschwanden die Lähmungen und in zwei Monaten ist gar keine Motilitäts- und Sensibilitätsanomalie vor-

handen. Seit der Operation hat Patient gar keinen Anfall, Sensorium gut und die geistigen Fähigkeiten zeigen keine Störungen. Das Hirn wird gegenwärtig von der Dura bedeckt. Da ein Hautlappen nicht zu verfertigen war, so bedeckte Vortragender den Continuitätsdefect mit artificieller Platte.

III. Psychiatrische Gesellschaft in St. Petersburg.

Sitzung vom 5. November 1888.

Von Dr. Hinze in St. Petersburg.

11) **Tomaschewski**: *Zur Frage über die Veränderungen in der Gehirnrinde in einem Falle von in früher Kindheit erworbener Blind- und Taubheit.*

Das untersuchte Gehirn gehörte einem 8 jährigen Knaben an, welcher in Folge einer in seinem 2. Lebensjahre überstandenen Meningitis cerebrospinalis bald vollkommen blind und taub geworden war. Beide Augäpfel waren von einer diffusen Entzündung ergriffen und später atrophisch geworden, Gefühl und Geruch waren sehr entwickelt, der Kranke litt an epileptischen Anfällen und starb an Scorbut. Die noch nicht völlig abgeschlossene Untersuchung des Gehirns ergab: Atrophie beider Sehnerven, des Chiasma und des Tractus optici, des hinteren Vierhügelpaares, besonders des linken, in den Occipitallappen, vorwiegend im linken, deutliche Atrophie der 2. und 3. Windung, des Gyrus angularis und cuneiformis, der ganze linke Schläfelappen verkürzt, die erste Schläfenwindung atrophirt. Auf Querschnitten war die graue Substanz an den bezeichneten Stellen verschmälert. Votr. führt diesen Fall als eine Bestätigung der neueren Lokalisationstheorie für die Centren des Gesichts und Gehörs an. Die stärkere Betheiligung der linken Hemisphäre führt er auf den zeitlich früheren Verlust des rechten Auges und die überwiegende functionelle Bedeutung der linken Hirnhälfte zurück.

12) **Awtokratow** demonstrierte mikroskopische Präparate *des Centralnervensystems von Thieren, welche in Folge von Entfernung der Schilddrüse* verendet waren. Die Veränderungen bestanden in folgendem. Die Ganglienzellen wiesen verschiedene Grade der Entartung auf, angefangen von einer trüben Schwellung des Protoplasma und Verwischung der Contouren bis zu Vacuolenbildung in den Zellkörpern; — die Gefässe waren blutüberfüllt, dabei kleine Blutaustritte, das Gewebe des ganzen Gehirns war auf vielen Präparaten getrübt, mit plasmatischem Exsudate durchtränkt und mit Lymphkörperchen besät. Die bedeutensten Veränderungen fand Votr., ähnlich wie Dr. Rogowitsch, nicht im Gehirne sondern besonders in den beiden Anschwellungen des Rückenmarks.

III. Referate und Kritiken.

13) **Wilhelm His** (Leipzig): Zur Geschichte des Gehirns sowie der centralen und peripherischen Nervenbahnen beim menschlichen Embryo. (Leipzig, Hirzel 1888. Mit 2 Tafeln und 27 Holzschnitten gross IV. 51 Seiten. M. 3.)

Entwicklungsgeschichtliche Arbeiten können keinen Platz beanspruchen innerhalb einer Zeitschrift, die sich vornehmlich in den Dienst der practischen Wissenschaft stellt, die in erster Linie der Heilkunde dient. Ich kann somit der mir gewordenen Aufforderung nicht nachkommen, die vorliegende Arbeit, für deren gediegenen Inhalt der Name des Verfassers bürgt, in dem Centralblatt für Nervenheilkunde zu besprechen, und beschränke mich darauf denjenigen Lesern, die sich für das angeschlagene Thema interessiren, das Vorhandensein der His'schen Abhandlung hiermit anzuzeigen. Immerhin mögen die mehr allgemeinen Betrachtungen, mit denen Verf. seine Auseinandersetzungen schliesst, hier einen Platz finden.

„Aus der gegebenen Darstellung geht hervor, dass beim Aufbau unseres Nervensystems Principien allereinfachster Art in Betracht kommen. Wir können uns in der That kaum einen einfacheren Vorgang denken, als dass von einer Zelle aus ein Faden so lange weiter wächst, bis er schliesslich auf ein Endorgan stösst, oder bis sein Weiterwachsen überhaupt aufhört. Wir können uns nichts anscheinend Gröberes denken, als dass bei diesem Auswachsen der Fasern äussere im Wege liegende Hemmnisse, Gefässe, Knorpel und die im Gehirn vorhandenen Gerüstfasern die Richtung beeinflussen und damit das endgiltige Auslaufen der Fasern bestimmen. Nichts Einfacheres gibt es ferner, als die Thatsache, dass wenn verschiedene Bahnen in einem Winkel zusammenstossen, sie theils ineinanderfliessen, theils sich durchkreuzen“.

„Bei aller dieser Einfachheit der Grundvorgänge und bei aller dieser Bestimmbarkeit derselben durch scheinbare Zufälligkeiten erscheint als Endergebniss des Gesamtvorgangs der Aufbau eines Systems, das durch die Complication seiner inneren Gliederung aller unserer zu seiner endgültigen Entwirrung unternommener Bemühungen zu spotten scheint, eines Systems, dessen Leistungen auf das allerfeinste abgemessen und ineinandergepasst erscheinen und das überhaupt erst unseren Leib zu einem beseelten macht. Und zu allem Wunderbaren, was dies System darbietet, kommt hinzu, dass dasselbe nur zum allerkleinsten Theil unser individueller Besitzthum ist, dass dasselbe Eigenschaften unserer Eltern und unserer Voreltern bis in weitest zurückliegende Generationen reproducirt“.

„Nachdem die Forschungen des verflossenen Jahrzehnts den directen Uebergang elterlicher Kernstoffe in den Keim des neu entstehenden Wesens dargethan haben, hat man vielfach geglaubt, in der Natur dieser Stoffe die Lösung des Erblichkeitsrathsels zu finden, wie denn überhaupt in neuester Zeit die rein stofflichen Zeugungstheorien wieder erheblich in den Vordergrund getreten sind. Die Natur der

Zeugungsstoffe ist sicherlich nicht gleichgiltig; aber ebenso sicher scheint mir, dass alle unsere Bemühungen, in Stoffen allein diese Lösung zu finden, scheitern müssen. Nicht der Stoff als solcher, sondern die am Stoff ablaufenden Vorgänge sind das Wesentliche. Als ein grosser periodischer Process stellt sich das Leben dar, als ein Process, dessen einzelne Vorgänge, sie mögen so einfach oder so complicirt sein, als sie wollen, in räumlich und zeitlich streng geordneter Weise ineinandergreifen, und dabei von einem Gliede der Generation zum anderen in derselben Reihenfolge sich reproduciren. Das im Wesen der periodischen Function begründete gesetzmässige Ineinandergreifen der zahllosen Einzelprocesses lässt eine jede Entwicklungsstufe als Ergebniss der vorangegangenen, sowie als Bedingung der nachfolgenden Stufen erscheinen, unserem beschauenden Geiste aber gewährt es den Eindruck jener inneren Ordnung, für welche wohl auch heute noch die alte Leibnitz'sche Bezeichnung einer prästabilirten Harmonie als die zutreffendste sich erweist“.

Erlenmeyer.

14) Osler (Pennsylvanien): Glioma of the medulla oblongata. (Gliom der Medulla obl.) (The journal of nerv. and ment. dis. März 1888 p. 172.)

32 jähriger Arbeiter von kräftiger Constitution und gutem Ernährungszustande wurde am 4. März 1887 aufgenommen. Vor 2 Jahren Schanker mit secundären Symptomen; in demselben Jahre erlitt er einen heftigen Anfall von Kopfschmerzen und Schwindel; seitdem gesund bis vor 6 Wochen, wo Krämpfe auftraten, anfänglich 1—2 Mal die Woche, jetzt häufiger.

Intelligenz gut, klagt über Kopfschmerzen, Unsicherheit beim Gehen. Nirgends eine Lähmung oder Atrophie der Muskulatur zu konstatiren. Händedruck beiderseits kräftig, grobe Muskelkraft der Beine nicht herabgesetzt. Pat. klagt über grosse Steifigkeit und Schmerzen in den Muskeln des Nackens, trägt den Kopf steif, kann ihn aber seitwärts bewegen, geht ohne Unterstützung, hat aber das Gefühl, als wenn er betrunken wäre.

Die Coordinationsbewegungen der Hände sind gestört; die Sensibilität ist überall erhalten, er klagt über Taubheitsgefühl, Ameisenkriechen und Kältegefühl in Händen und Füssen, die Sinnesorgane in Ordnung, auch der Augenhintergrund. Die Kopfschmerzen nicht constant, hauptsächlich occipital. Kniephänomen gesteigert. Die Anfälle dauern 5—15 Minuten, Verlust des Bewusstseins, Zucken sämtlicher Extremitäten; nach dem Anfall ist Patient klar. Appetit gut, zuweilen Erbrechen. Systolisches Geräusch an der Herzspitze, Puls 90, Urin in Ordnung. Pat. bekam Jodkalium, fühlte sich am 7. und 8. besser; in der Nacht vom 8. zum 9. ein heftiger Anfall am 10. ein neuer Anfall. Mittags Exitus.

Autopsie 24 h. p. m. ergab in der unteren Hälfte der Medulla ein Gliom von Haselnussgrösse, welches hauptsächlich die Hinterstränge

bei Seite geschoben und comprimirt hatte, wodurch die Sensibilitäts- und Coordinationsstörungen erklärt werden. Auf dem Durchschnitt zeigte der Tumor frische Blutungen, wodurch vielleicht der Tod herbeigeführt wurde.

Gliome der Medulla sind selten. Sokoloff (Deutsches Archiv f. klin. Med. Bd. 41, Heft 5, 1887) hat einen solchen Fall beschrieben und 7 andere Beispiele aus der Literatur zusammengestellt.

Koenig.

15) **P. Berbez:** La maladie de Friedreich. (Die Friedreich'sche Krankheit.) (Le Progrès médical 1887. Nro. 23.)

Zwei Fälle aus der Charcot'schen Klinik, deren Vorstellung ihm Gelegenheit gab über den Unterschied zwischen obengenannter Erkrankung und frühzeitiger Tabes sowie Herdsclerose zu sprechen.

Der Eine der Kranken ist zwanzigjährig — die Entwicklung der Erkrankung begann im 10. Jahre —, der Andere 30 Jahre alt und liess die ersten Symptome im 20. Lebensjahre erkennen.

Die Ataxie der oberen Extremitäten war nur bei dem ersteren ausgesprochen, bei dem auch die Athetose. ähnlichen Bewegungen im ruhigen Sitzen, sowie Grimassiren stark ausgeprägt waren, während bei Beiden ataktischer Gang, Fehlen des Kniephänomens und Romberg'sches Symptom sich fanden. Bei dem zweiten waren Dyplopie, Argyll-Robertson'sches Phänomen, Strabismus vorhanden, doch fehlte die Atrophie des Sehnerven. Trotzdem diese Symptome sehr an frühzeitige Tabes erinnern, handelt es sich doch nicht um diese Erkrankung; es fehlen die Störungen der Sensibilität, die durchschiesenden Schmerzen, die Anästhesien oder Hyperästhesien, ferner die visceralen und laryngealen Krisen, die trophischen Störungen — die Muskelatrophien, Arthropathien — und Ernährungsstörungen der Haut; Opticusatrophie kommt bei Friedreich'scher Krankheit nie vor.

Die bei dem ersteren Kranken bestehenden Erscheinungen — Nystagmus, scandirende Sprache — erinnern an Sclerose, doch fehlen die für diese Erkrankung charakteristischen Symptome, das Intentionszittern, Schwindel und epileptiforme Anfälle, auch spricht gegen die Annahme derselben das Fehlen der Patellarreflexe, die bei der Sclerose gewöhnlich gesteigert sind, der ataktische Gang sowie das Romberg'sche Phänomen.

Holtermann.

16) **Bourneville et Sollier:** Epilepsie et Asymétrie fronto-faciale. (Epilepsie und Asymmetrie der Gesichtshälften.)

(Le Progrès médical 1888 Nro. 36.)

Lasègue hat die Gesichtasymmetrie als ein Unterscheidungssymptom der idiopathischen Epilepsie hingestellt und die letztere als eine Folge der ersteren bezeichnet. Garrel kam bei seinen Unter-

suchungen zu Resultaten, die denen Laségue's widersprechen, beging aber zwei Fehler dabei, indem er erstens nicht nur auf idiopathische Epileptiker sich bezog, und zweitens den Satz L.'s in der Weise verwerthete, als wenn dieser gesagt hätte, alle Individuen mit Ungleichheit der Gesichtshälften seien Epileptiker, eine Umkehrung die L. nie eingefallen war. Die Untersuchungen Beider leiden an dem gemeinschaftlichen Fehler, dass sie sich nicht auf correcte Messungen nach graphischer Methode stützten, sondern sich auf das Gesicht und die Betastung bei Bestimmung der Configuration der Schädel, wobei selbstverständlich Ungenauigkeiten und Irrthümer unterlaufen mussten, verliessen.

Um diese letzteren zu vermeiden haben Verf. ein besonderes Verfahren angewandt, durch welches genaue Darstellungen der Schädelasymmetrien ermöglicht wurden. Zu diesem Zwecke wurden von sämmtlichen gestorbenen Epileptikern die Büsten angefertigt und an diesen mittelst eines besonderen Instrumentes unter Annahme fixer Punkte die Messungen ausgeführt. Ueber letztere wird demnächst in einer These Dr. Pison genauere Mittheilungen machen. Unter diesen Büsten befanden sich auch die von 30 Individuen, die an idiopathischer Epilepsie litten. Verff. fanden nun unter diesen 30 Fällen nur einen, der keine wahre Asymmetrie darbott und bei dem nur der rechte Stirnhöcker ein klein wenig stärker als der linke entwickelt war; in allen anderen Fällen war entweder frontale, faciale oder frontofaciale Asymmetrie vorhanden, auch junge Individuen, die noch vor der Consolidation der Basis cranii verstorben waren, boten häufig stark ausgeprägte Asymmetrie dar. Verff. sind nun der Ansicht, dass es sich hier um eine Entwicklungshemmung handle und, dass — im Gegensatze zu der Meinung von Laségue — diese Entwicklungshemmung nicht die Ursache der Gehirnerkrankung, sondern vielmehr die Folge derselben sei, dass der Schädel in seiner Bildung abhängig sei vom Gehirn und Störungen in der Entwicklung des letzteren ebensolche in der Entwicklung des Schädels herbeiführen.

Die Asymmetrie der Gesichtshälften kann zuweilen in differenzialdiagnostischer Hinsicht zwischen essentieller und symptomatischer Epilepsie von Bedeutung sein, wenn letztere in der Kindheit begonnen und deutliche Symptome von sclerotischen oder atrophischen Processen im Gehirn fehlen.

Holtermann.

17) Otto (Dalldorf): Ueber Sulfolal. (Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 45. H. 4. 1888.)

Verf. restimirt folgendermassen: 1) das Sulfolal ist ein wirksames Hypnoticum für Geisteskranke in Dosen von 2 Gramm und hat nur ausnahmsweise dabei unangenehme Erscheinungen (Schwindel, Taumeln am nächsten Tage) im Gefolge. 2) das Sulfolal ist ein bedeutendes Beruhigungsmittel bei länger dauernden Erregungszuständen Geisteskranker. Es empfiehlt sich, dasselbe in kleinen (0,5 gr. pro dosi, 2,5—3,0 gr.

pro die), sich mehrstündlich wiederholenden Dosen während mehrerer Tagen zu geben, wobei meistens eine volle hypnotische Abenddosis nicht nöthig ist, und nach eingetretener Beruhigung mit der Gesamtdosis herunterzugehen. Schädliche Einwirkungen nachen sich bei dieser Anwendungsweise nicht bemerkbar, wohl aber bei einzelnen Individuen unangenehme Nebenerscheinungen, besonders Schwindel, Taumeln.

Kron.

18) **Garnier** (Nièvre): Note sur le Sulfonal et son action somnifère. (Sulfonal und seine schlafserzeugende Wirkung.)

(Le Progrès médical 1888. Nro. 41.)

G. hat das Sulfonal — (von Bayer in Elberfeld) — angewandt in Dosen von 2—5 Gramm; er äussert sich sehr befriedigt über das neue Mittel und stellt seine Wirkung über die des Chlorals. Bei einer Kranken trat nach der Darreichung Erbrechen auf, das G. aber der direkten Wirkung des Sulfonals nicht zuschreiben möchte; im Uebrigen wurde eine schädliche Beeinflussung des Digestionstractus und namentlich des Circulationsapparates auch bei länger fortgesetztem Gebrauche nicht beobachtet. Die von Otto gerühmte beruhigende Wirkung des Mittels bei längere Zeit anhaltenden Erregungszuständen Geisteskranker kann er nicht bestätigen.

Holtermann.

19) **Le suicide en France pendant l'année 1886.** (Der Selbstmord in Frankreich im Jahre 1886). (Ann. méd. psycholog. 1888 September.)

Die Zahl der Selbstmorde betrug durchschnittlich jährlich

1871—1875	5,276
1876—1880	6,259
1881	6,741
1882	7,213
1883	7,267
1884	7,572
1885	7,902
1886	8,187

Auf 100,000 Einwohner kamen im Jahre 1886 21 Selbstmorde oder einer auf 4,668 Einwohner. Im Seinedepartement, welches 1,454 Selbstmorde aufwies, kamen dagegen 49 auf 100,000 Einwohner.

Dem männlichen Geschlecht gehörten 79⁰/₀, dem weiblichen 21⁰/₀ an.

Die Häufigkeit der Selbstmorde ging parallel dem Alter und zwar befanden sich unter 16 Jahren 62

zwischen 16—21	„	324
„ 21—25	„	428
„ 25—30	„	591
„ 30—40	„	1,153
„ 40—50	„	1,433
„ 50—60	„	1,686
über 60 Jahre		2,295

Von 115 liess sich das Alter nicht ermitteln.

Dem Civilstand nach, welcher bei 280 nicht bekannt wurde, waren unverheirathet 2,895 (37⁰/₁₀), verheirathet, ohne Kinder 1210 (15⁰/₁₀), verheirathet, mit Kindern 2,446 (31⁰/₁₀), verwittwet, ohne Kinder 476 (6⁰/₁₀), verwittwet, mit Kindern 880 (11⁰/₁₀).

Auf die ländliche Bevölkerung kamen 4,233 (52⁰/₁₀), auf die städtische, welche ein Drittel der Gesamtbevölkerung beträgt, 3,888 (48⁰/₁₀). Ueber 116 war nichts bekannt bezüglich des Wohnsitzes.

Bezüglich des Berufs gehörten der Landwirthschaft an 2,621 (32⁰/₁₀), der Industrie 2,358 (29⁰/₁₀), dem Handelsstand 1,030 (13⁰/₁₀), den Eigenthümern, Rentiers, den Kreisen der Kunst und Wissenschaft 985 (12⁰/₁₀), den dienenden Klassen 514 (6⁰/₁₀) und ohne bekannten Beruf waren 679 (8⁰/₁₀). Im Frühjahr und Sommer waren die Selbstmorde häufiger (31 resp. 26⁰/₁₀) als im Winter und Herbst (22 resp. 21⁰/₁₀). Am häufigsten fand der Selbstmord durch Erhängen statt und zwar 3,471 (42⁰/₁₀), dann durch Submersion 2,263 (28⁰/₁₀), Feuerwaffen 1,084 (13⁰/₁₀), Kohlenoxyd 632 (8⁰/₁₀), Herabstürzen 217 (3⁰/₁₀), Gift 200 (2⁰/₁₀), scharfe Instrumente 183 (2⁰/₁₀) und andres 137 (2⁰/₁₀).

Unter den Ursachen waren Vermögensverluste; 1,104 (15⁰/₁₀), Kummer in der Familie 1,133 (15⁰/₁₀), Unglückliche Liebe 301 (4⁰/₁₀), Rausch, Trunksucht 949 (12⁰/₁₀), Absicht sich dem Gerichte zu entziehen 269 (3⁰/₁₀), Körperliche Leiden 1,332 (18⁰/₁₀), verschiedenartige Widerwärtigkeiten 365 (5⁰/₁₀), Hirnkrankheiten 2,090 (28⁰/₁₀), und unbekannt waren die Ursachen in 644 Fällen.

Ot to.

20) T. S. Clouston (Edinburgh): Ueber secundäre Demenz. (The journal of mental science. October 1888.)

Alle Formen von geistiger Erkrankung zeichnen sich mehr oder weniger aus durch ihre Neigung mit Demenz zu enden; dadurch erklärt sich auch das immens häufige Vorkommen von Demenz bei den Insassen der Irrenanstalten; nach Clouston bestehen nicht weniger als $\frac{2}{3}$ der geisteskranken Bevölkerung Englands aus Blödsinnigen. Mindestens 40⁰/₁₀ aller frischen Fälle von Geisteskrankheit gehen bald in secundäre Demenz über, die bald rein ohne Complicationen auftritt, bald von maniakalischen Zuständen oder Wahnideen begleitet ist. Die functionelle Veränderung, welche in der Gehirnrinde bei secundärer Demenz Platz greift, ist von Anfang und hauptsächlich auf das Gewebe, das Sitz des Geistes ist, beschränkt und ist eine in der Natur einzig dastehende Krankheit, welche keine pathologische Analogie hat. Die Fragen nach der Bedeutung des secundären Blödsinnes und nach seiner Verhütung bilden die Grundprobleme der Psychiatrie. Cl. steht nicht an, Geisteskrankheit überhaupt als eine Tendenz zur Dementia zu bezeichnen.

Das constante Zusammensein mit nur Dementen ruft eine Herabsetzung der geistigen Kräfte hervor bei allen in Irrenanstalten Beschäftigten, was auf der bekannten Einwirkung von Geist auf Geist beruht.

Sekundärer Stupor kann wirklicher secundärer Demenz so ähnlich sein, dass einzig die Zeit und der Erfolg einer Behandlung sie unterscheiden lehrt. Droht schon bei einem primären maniakalischen Anfalle Demenz, so bildet secundärer Stupor noch einen weiteren Schritt hierzu. — Wir haben keinen Grund anzunehmen, dass bei vollkommen gesunder Heredität durch eine Reihe schädlicher Verhältnisse typische secundäre Demenz entwickelt werden könne. — Aeussere Sinneseindrücke wirken auf das Gehirn eines Dementen nur, wenn der durch sie hervorgerufene Reiz ein sehr beträchtlicher ist; auf diese Weise vermag man von einem Blödsinnigen Antwort zu erhalten, während er selbst unfähig ist aus eigener Initiative sich hierzu anzuspornen.

Man kann den Blödsinn nicht als Folge des Schadens ansehen, welchen die primäre acute Störung dem Gehirn zugefügt hat, denn jener tritt oft ein ohne ein acutes primäres Stadium und sein Auftreten steht in keinem bestimmten Verhältnisse zur Intensität oder Dauer der primären Anfälle. Auch die meisten Fälle von chronischer Manie und Manie mit Wahnideen sind mit Demenz verbunden. Bei lang andauernder secundärer Demenz findet man eine Atrophie der Gehirnrinde, wie ja alle lange nicht gebrauchten Gewebe degeneriren und atrophiren; es kann diese Atrophie auch aufgefasst werden als das vorgerücktere Stadium jenes pathologischen Zustandes, welcher die wirkliche Ursache der Demenz ist, der aber in den früheren Stadien noch nicht erkennbar ist. Unhaltbar ist es nach Ansicht des Verf., die Demenz auf reine Gefässstörungen zurückzuführen.

Typische secundäre Demenz ist unter allen Umständen hereditär; sie kommt nicht leicht vor nach Geisteskrankheiten, die nach der vollen Entwicklung des Geistes oder vor der Verfallsperiode auftreten, also z. B. nicht nach Puerperalpsychosen oder solchen, die von Ueberanstrengung oder Gemühterschütterung in diesem Alter herrühren.

Melancholie, periodische Psychosen, Paranoia und ähnliche Psychosen sind bei weitem nicht so häufig die Vorläufer von secundärer Demenz als maniakalische Anfälle. Bei weitem die meisten reinen Fälle von secundärer Demenz sind zurückzuführen auf Geisteskrankheiten des Pubertätsalters. Masturbation vermag wohl in manchen Fällen zur Hervorrufung von secundärer Demenz beizutragen, doch ist sie durchaus keine konstante Ursache derselben.

Wie Idiotie und Imbecillität von einer Störung des Gehirnwachstums resultiren, so weist secundäre Demenz auf eine mangelnde spätere Entwicklung des Gehirns; sie zeigt an, dass der Organismus in seiner höchst organisirten Structur und in seiner richtigsten Function eben dann Unzureichendes geleistet hat, bevor die volle natürliche

reproductive Vollkommenheit erreicht wurde. Die Ueberbürdung in der Jugend ohne Rücksicht auf hereditäre Fähigkeit oder Schwäche des Organismus ist eine der wichtigsten Ursachen der Dementia.

Die fortwährend nöthige neue Anbequemung des menschlichen Organismus an die so oft sich ändernde Umgebung und die im Kampf ums Dasein nöthigen Anstrengungen führen durch die Lasten, welche sie dem zartesten aller organisirten Gewebe auferlegen, zur Demenz.

Wie die Neigung sekundäre Demenz herbeizuführen ein charakteristisches Zeichen aller Geisteskrankheiten ist, so kann man das Pubertätsirresein, welches mit secundärem Blödsinn endigt, als die typische Form der Geisteskrankheit überhaupt ansehen. — Dementia würde am natürlichsten als Folge der Psychosen der Verfallsperioden, also des climacterischen und senilen Irreseins erscheinen; denn in diesen Fällen würde es nur eine Vorwegnahme des reproductiven und geistigen Todes sein, der physiologischer Weise schon begonnen hat.

Die niederen Thiere, bei denen Anfälle ähnlich wie Melancholie oder Manie vorkommen, sind vor dem Alter keinem Zustande unterworfen, welcher der secundären Demenz entspräche.

Mag man auch in einzelnen Fällen auf prophylactischem Wege in anderen durch richtige Behandlung des primären Anfalls, die Demenz verhüten können, so bleibt sie doch in vielen Fällen unvermeidlich infolge der schlechten individuellen Heredität.

Strauscheid.

21) **Laurent (Paris):** Un détenu simulant la folie pendant trois ans. (Simulation von Geistesstörung während dreier Jahre bei einem Strafgefangenen.) (Ann. méd. psycholog. 1888 September.)

Verf. theilt zwei Fälle von Simulation mit, die er im Gefängniss de la Santé beobachtet hat. Während der erste kurz mittgetheilte Fall kein besonderes Interesse beansprucht, handelt es sich im zweiten Fall um eine während eines langen Zeitraumes mit der grössten Consequenz fortgesetzte Simulation von Geistesstörung. Es bestanden geraume Zeit Meinungsverschiedenheiten unter den Experten, bis schliesslich der Zufall Klarheit brachte, indem der Simulant sich durch unvorsichtige Mittheilungen einem Mitgefangenen gegenüber verrieth. Als er wegen Diebstals verhaftet wurde, stellte er sich Anfangs schweigsam, wich Fragen aus, und wollte allerlei hören und redete Nachts laut. Er muss dies thun, weil das „grand génie“ ihn besucht, welchem er Rede zu stehen und zu gehorchen hat. Zur Beobachtung nach St. Anne gebracht, entwich er und brach dabei das Bein, setzte sein Verhalten im Hospital Necker fort, indem er unter grossen Schmerzen Nachts öfter aufstand. Er wollte damit, wie er später seinem Mitgefangenen anvertraute, Beweise seiner Geistesstörung geben. Nach dem

Gefängnisse zurückgebracht gab er an, er sei das „grand génie“ jetzt selbst, letzteres habe ihm alle seine Macht übertragen etc. Weiter machte er zum Schein einen Versuch sich zu erhängen. Er hatte dabei, wie er später mittheilte, alle Vorsichtsmassregeln getroffen und war sicher, dass nichts passiren konnte. Ab und zu äusserte er Verfolgungsideen, wenn ihm gerade etwas nicht gefiel. Er mache ein Martyrium durch, um das grosse Kreuz des „grand génie“ zu erlangen. Während eines langen Zeitraums zeigte er dasselbe Benehmen, dieselben Redensarten, fiel niemals aus der Rolle. Schliesslich sollte er bei der Meinungsverschiedenheit der Experten vor Gericht gestellt werden und fragte in seiner Besorgniss darauf einen Mitgefangenen, welcher selbst einmal wegen Manie in St. Anne war, um Rath behufs weiterer Simulation vor Gericht, erzählte demselben auch seine bisherigen Täuschungen. Dadurch wurde er entlarvt, auch der Plan, welchen er für die Gerichtsverhandlung gemacht hatte, kam heraus. Als Beweggrund für die Simulation gab er nicht Furcht vor Strafe an, sondern Besorgniss sein Vermögen von 20000 Franks (entsprechend dem Werthe der gestohlenen und bei der Entdeckung vernichteten Obligationen) zu verlieren.

Otto.

22) v. Krafft-Ebing: Gerichtsärztliche Gutachten. (Fr. Bl. f. g. M. 39. Jg. 8. H. Sept. u. Oct. 1888.)

III. Majestätsbeleidigung. Deliranter Aufregungszustand mit episodischem Stupor, wahrscheinlich auf epileptischer Grundlage.

Acten. Franz Sch., 27jähriger lediger Glasergehilfe aus Böhmen, wird den 25. 4. 1886 in F. wegen Vagabondage verhaftet und schimpft in der Haft u. a. masslos auf Kaiser und Kaiserin. Diese Erregtheit steigert sich am 26. bis zur Sachbeschädigung und Angriff auf Personen. Er kommt am 27. nach Graz ins Untersuchungsgefängniss. Hier ist er die ersten Tage ruhig stuporös und appercipirt schreckhaft. Nacht vom 5. zum 6. wieder aufgeregt, Zwangsjacke. Im Verhör am 6. wieder stuporös. Abgebrochene Antworten, aus denen hervorgeht, dass er sein Leben für bedroht hält.

Das heimathliche Gemeindeamt berichtet, dass Sch. von Jugend auf vagabundirt und unzählige Mal deswegen bestraft ist. In seiner Familie sei dieser Hang erblich, ein Bruder deswegen im Zuchthause.

Sch. geht am 8. 5. dem allgemeinen Krankenhause mit schreckhaftem Stupor zu, appercipirt feindlich und hört Drohungen. Pupillen weit und starr, leichter Nystagmus.

Gutachten. 1. F. Sch. ist geisteskrank und leidet an hallucinatorischem, schreckhaft delirantem Stupor — Wahnsinn —, wie er gewöhn-

lich bei Epileptikern vorkommt. 2. Da er seit dem 25. 4. geisteskrank ist, so hat er auch die Strafthat in diesem Zustande verübt.

Die Anklage wird fallen gelassen. Pat. kommt in die Irrenanstalt.

IV. Majestätsbeleidigung. Paranoia querulans.

Acten. Das Grundbesitzerehepaar E. lebt seit Jahren mit den Nachbarn in Streit und Prozess. Besonders streitbar ist die Ehefrau, welche sich in Briefen an die Wittve des Advokaten ihres siegreichen Gegners zu den gemeinsten Droh- und Schmähungen versteigt. Sie querulirt endlos weiter und begeht schliesslich in einer auffällig verworrenen Eingabe an den obersten Gerichtshof eine grobe Majestätsbeleidigung, gegen welche sie sich im Verhör vom 25. 2. 1888 verhält.

Exploration. Anna E., 46 jährige Grundbesitzersfrau, stammt von nervenleidendem Vater und hat einen in den Seitenwandbeinen ausgebauchten, im Stirntheil schmalen Schädel. Blick stechend, Auge unstill. Sie spricht lebhaft und entwickelt in langer Erzählung ihr Wahnrecht. Advokat N., ihr Hauptfeind, habe sie verfolgt, weil sie ihm nicht zu Willen war.

Gutachten. Anna E. ist mit sog. Querulanten-Wahnsinn, einer Abart des Verfolgungswahnsinns, behaftet. Ihr Wahnsystem baut sich seit Jahren in kritikloser Weise aus Einbildungen, Erinnerungstäuschungen und Gehörsillusionen auf. Exploratin ist der Besonnenheit und Vernunft so weit verlustig, dass sie zur Wahrnehmung ihrer Interessen nicht mehr fähig ist. Sie wird gemeingefährlich wegen ihrer durch Wahnideen erzeugten Missachtung des Gesetzes und seiner Vertreter.

V. Biss in die Nase der Geliebten. Fragliche Sinnesverwirrung zur Zeit der That.

Acten. Franz N., 30 jähriger lediger Kommiss, verletzt am 15. 4. 1888 seine Geliebte Maria V. durch Biss in die Nase und stösst bei der Verhaftung Drohungen gegen sie aus. N. ist aus guter Familie und hat Realschule und Handelsakademie besucht. Im Verhör vom 16. 5. erzählt er, dass er die V. 1886 als Feldwebel kennen gelernt und sich sofort heftig in sie verliebt habe. Trotzdem er sie bald als herzlose Prostituirte, die ihn ausbeutete, erkannt, habe er doch nicht von ihr lassen können und sich durch Zurückweisung einer reichen Parthie mit seinem Onkel entzweit. Am 15. 5. 1888 erhält er in Graz, wo er sie nach langem Suchen gefunden mit Mühe eine Unterredung, statt deren sie an einen Liebhaber, schreibt. Er küsst sie gewaltsam und verletzt sie dabei, ohne Vorsatz und unbewusst. Er empfindet heftige Reue und will den Selbstmordversuch, den er Anfang 1887 durch Erschiessen gemacht, ehestens wiederholen. N. war stets sehr leidenschaftlich.

Exploration. am 12. und 13. 6. 1888. N. erscheint körperlich und geistig gebrochen. Er sieht das Krankhafte seiner Leidenschaft ein, kann aber nicht von ihr lassen. Er habe die V. vielleicht verstümmeln wollen, damit sie keinem Anderen gehöre. N. stammt von nervöser, an Tuberculose gestorbener Mutter und gesundem Vater. Sein Sexualleben wurde früh geweckt und war stets sehr stark entwickelt. Der Schädel hat starke Einsattelung der Fontanellengegend und Wulstung der oberen Orbitalränder.

• *Gutachten.* Explorat ist in seinem Nervensystem krankhaft beunlagt, belastet. Seine Neigung zur V. ist krankhaft, ohne dass eine ausgesprochene Psychose vorläge. Ferner ist N. mit sog. Hyperästhesia sexualis behaftet. Zur Zeit der That befand sich N. in hochgradigem Affect. Es ist möglich, dass sich derselbe bis zur Sinnesverwirrung steigerte. Die Handlung hat das Gepräge einer impulsiven. Explorat ist psychisch stark gefährdet.

N. wird am 22. 6. freigesprochen und geht am 26. 6. der Irrenanstalt zu, wo er zuerst aufgereggt und schlaflos ist, sich aber dann durch Bromkalium und Amylenhydrat beruhigt und am 12. 7. geheilt entlassen wird.
Landsberg.

Erster Jahrgang (1878) des Centralblattes.

Der Neudruck des ersten Jahrganges (1878) unseres Centralblattes ist vollendet. Vollständige Exemplare sind zum Preise von M. 8 durch jede Buchhandlung oder direct von dem unterzeichneten Verleger zu beziehen.

Leipzig, Neujahr 1889.

Theodor Thomas.

Um Einsendung von Separat-Abdrücken, Dissertationen, Vereinsberichten u. s. w. an den Herausgeber wird freundlichst gebeten.

Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrasse 28).

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenyayer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkranken daselbst.

12. Jahrg.

15. Januar 1889.

Bro. 2.

Inhalt.

- I. Originalien.** I. Syringomyelie und Scoliose. Von Prof. Dr. M. Bernhardt in Berlin.
II. Temperaturbeobachtungen bei Paralytikern. Von Dr. Hans Rottenbiller in Budapest.
- II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.**
1. Berliner medicinische Gesellschaft. Von Dr. Ruhemann in Berlin.
Remak: Ueber Oedem auf spinaler Basis. (Krankenvorstellung.)
Schüller: Ueber die künstliche Steigerung des Knochenwachstums beim Menschen.
v. Bergmann: Ueber Trepanation wegen Gehirnbräuse. Heilung.
Behrend: Ueber Nervenläsion und Haarausfall mit Bezug auf die Alopecia areata
mit Demonstration.
2. Verein für innere Medizin in Berlin. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.
Ruhemann: Ueber Beziehungen des Trigeminus zu der Gesichtsatrophie (mit De-
monstration). Autorreferat.
Fürbinger: Ueber spastische cerebrale Kinderlähmung.
- III. Referate und Kritiken.** Jakowenko: Zur Frage über den Bau und die
Degeneration des hinteren Längsbündel. Greppin: Beitrag zur Golgi'schen Färbemethode
der nervösen Centralorgane. Kiewlicz: Ein Fall von Myelitis transversa, Syringomyelie,
multipler Sklerose und secundären Degenerationen. Meyer: Ueber Intentionspsychose.
Schütze: Heilung einer Manie unter dem Einfluss von Rachenpharyngitis. Savage: Der
mechanische Restraint der Geisteskranken.
- IV. Aus den Academiën und Vereinen.** I. Académie de médecine zu
Paris. II. Société de chirurgie zu Paris. III. Société de Biologie zu Paris. IV. Société
médicale des Hôpitaux zu Paris.

I. Originalien.

I.

Syringomyelie und Scoliose.

Von Prof. Dr. M. BERNHARDT in Berlin.

Am 13. Juni 1887 hatte ich in der Berliner Gesellschaft für
Psychiatrie und Nervenkrankheiten eine damals 35 jährige Frau B.
vorgestellt, bei der ich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: „centrale
Gliomatose des (Cervical-) Rückenmarks“ stellte. Am Schlusse meiner
Besprechung dieses Falles machte ich die Bemerkung (unter Hinzufügung einer hierhergehörigen Krankengeschichte), dass der von dem

3

französischen Arzte Morvan¹⁾ unter dem Namen der „Paréso-Analgésie des extrémités supérieures“ beschriebene Symptomencomplex mit den in Deutschland von anderen Autoren und mir beschriebenen Fällen partieller Empfindungslähmung bei möglicherweise vorhandener Rückenmarksgliomatose in Zusammenhang zu bringen und von einem Gesichtspunkt aus zu betrachten sei.²⁾

In einer in neuester Zeit erschienenen Arbeit Broca's³⁾ wird bemerkt, dass man seit den ersten Arbeiten Morvan's nachzuweisen versucht habe, dass die von diesem Autor beschriebene Krankheit ein Kapitel der Geschichte der Syringomyelie darstelle, was sich in der Arbeit Roth's⁴⁾ im Einzelnen ausgeführt fände. Letzteres ist in der That der Fall, in so fern R. in einer erst seit kurzer Zeit abgeschlossenen Arbeit gerade so, wie ich es gethan, auf die Aehnlichkeit bzw. Identität der von Morvan gekennzeichneten Zustände und denen, welche einen Theil und oft das Ganze der Syringomyelie ausmachen, hinwies. Es geschah dies im *Oktoberheft* des genannten französischen Archivs vom Jahre 1887: mein Vortrag wurde im *Juni* desselben Jahres gehalten: dass Roth seine Arbeit auf dem zweiten Congress russischer Aerzte zu Moskau im Januar mitgetheilt hatte, erfuhr ich erst aus der Ueberschrift seiner oben erwähnten, Oktober 1887, in französischer Sprache geschriebenen Abhandlung.

Neben einer Reihe anderer Symptome waren es besonders die trophischen Störungen der Haut, der Muskeln und Knochen, welche mich dazu führten, die sogenannte Morvan'sche Krankheit mit der Syringomyelie zu identificiren. Ich erinnere speciell an die ausgedehnten entzündlichen Erkrankungen an den Fingern, den Händen, den oberen Extremitäten überhaupt, auf welche neuerdings wieder Fr. Schultze in seiner Arbeit: „Klinisches und Anatomisches über die Syringomyelie (Zeitschr. f. klin. Med. XIII. Heft 6) und in letzter Zeit in seiner Abhandlung: Zur Kenntniss der Lepra (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 43. S. 496) hingewiesen hat. In meinem oben erwähnten Vortrage (Fall des 22jährigen Arbeiters R.), sowie in meiner Arbeit „Beitrag zur Lehre von der sogenannten partiellen Empfindungslähmung“ (Berl. klin. Wochenschr. 1884. Nro. 4) hatte ich ebenfalls besonders auf die trophischen Störungen der *Knochen* hingewiesen, ein Symptom, das auch Morvan als charakteristisch für die von ihm beschriebene Krankheit hingestellt hatte.

Besonders interessirten mich neuerdings die Bemerkungen des französischen Autors⁵⁾ über das Vorkommen der *Skoliose* bei der von

1) Morvan: Gaz. hebd. 1886. Nro. 32 ff. —

2) Bernhardt: Neuropathologische Beobachtungen. Centralbl. f. Nervenheilk. etc. 1887. Nro. 14.

3) Broca: Note sur les scolioses trophiques. Gaz. hebd. 1888. Nro. 39.

4) Roth: Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire. Arch. de Neurol. 1887. Bd. 14 ff.

5) Morvan: De la scoliose dans la paréso-analgésie. Gaz. hebd. 1887. Nro. 41.

ihm beschriebenen Krankheit. Von 12 seiner auf das Vorhandensein dieses Symptoms untersuchten Fälle zeigten 6 ein positives, 6 ein negatives Resultat, während bei 12 beliebigen Kranken nur einmal eine Skoliose constatirt wurde. Gegenüber Broca, der zuerst auf das Vorkommen der Skoliose bei der Pareso-Analgesie hingewiesen habe, (neben Prouff: Un nouveau cas de paréséo-analgésie [de Morvan]. Gaz. hebdomadaire. Nro. 15.) meint Morvan, dass die Skoliose ebenso wie die Knochenbrüche, die Gelenkaffectionen etc. *Folgen*, Produkte der Krankheit sind, *nicht* aber ihr vorangehen oder sie bedingen, und dass diese Skoliose als eine Arthro- oder Osteopathie bei der Tabes z. B. als Komplikation nicht vorkomme. Diesen Ausführungen Morvan's gegenüber betonte schon Broca¹⁾ in einem neuerdings erschienenen Aufsätze zunächst, dass Pitres und Kroenig²⁾ auch bei der Tabes Wirbelerkrankungen beschrieben haben, und dass Aehnliches von Marie und ihm³⁾ bei der eigenthümlichen, unter dem Namen der Acromegalie bekannten Krankheit gefunden sei. Von der bei jugendlichen Personen zu beobachtenden Skoliose ist zumeist das weibliche Geschlecht befallen, bei der Pareso-Analgesie aber tritt hiebrei das männliche Geschlecht in den Vordergrund: daher nimmt Morvan eine trophische Störung der Wirbel an, die durch ihre Schwere zusammensinkend eine Verbiegung der Wirbelsäule herbeiführen.

Dieser Ansicht scheint auch Broca sich anzuschliessen: denn sagt er, wenn es auch möglich ist, dass eine aus anderen Gründen entstandene *primäre* Skoliose das Rückenmark in seinen Functionen beeinträchtigen *kann*, so sei dies doch noch nicht bewiesen. Er spielt bei der Aufstellung dieses Satzes speciell auf die die Wirbelsäule treffenden Traumen an, welches ätiologische Moment bekanntlich in einer grossen Anzahl der bisher publicirten Fälle von Syringomyelie (wie ich selbst mich bei genauerer Durchsicht der hierhergehörigen Literatur überzeugt habe) eine nicht unbedeutende Rolle spielt.

Ich habe nun etwa 70 Einzelfälle von den unter dem Titel oder mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Syringomyelie oder unter synonymen Namen publicirten Beobachtungen auf das *Vorkommen von Deviationen an der Wirbelsäule* durchgesehen und darunter etwa 16—18 (fast 25%) gefunden, in denen diese Abnormität der Wirbelsäule ausdrücklich hervorgehoben wurde. Ich erwähne hier den Fall

1) Broca: Note sur les scolioses trophiques. Gaz. hebdomadaire. 1888. Nro. 39.

2) Kroenig: Ueber Wirbelerkrankungen bei Tabikern. Zeitschr. für klin. Med. XIV. Heft I. 1887.

3) Broca: Un squelette d'acromégalie. Arch. génér. Déc. 1888:

Der zweite der von P. Marie 1886 in der Revue de Méd. beschriebenen Fälle (veuve Beaufils) kam zur Obduktion. Broca fand: Verlust der Intervertebralscheiben, Kyphose mit sehr ausgeprägter linksseitiger Skoliose. Alle Wirbelkörper zeigten sehr schwammiges Gefüge und sehr grosse Gefässlöcher. Skoliotisch war die Wirbelsäule in der Dorsalgegend besonders links; bei der scoliosis adolescentium wird gerade das Umgekehrte beobachtet.

von Lancereaux (nach Leyden's Klin. d. Rückenmarkskrankh. II. S. 448), den von Freud (Wiener Med. Wochenschr. 1885. Nro. 13, 14), den von Kahler (Prager Med. Wochenschr. 1882, Nro. 36 [Fall V]), den von Hallopeau (Gaz. med. de Paris 1870. S. 394 etc.), von F. Schultze, 43 jähriger Mann (Zeitschr. f. klin. Med. XIII. Heft 6), zwei Fälle von Bernhardt (Erlenmeyer's Centralbl. 1887, Nro. 14. a) Frau 35, b) Mann von 22 Jahren), den alten Fall von Rullier (schon bei Ollivier in seinen Rückenmarkskrankheiten citirt), ferner die Beobachtung von Prouff (Gaz. hebdom. 1887. Nro. 15), die Fälle von Schüppel (Arch. d. Heilk. Bd. VI. S. 289), von Klebs (Prager Vierteljschr. 1877. Bd. 133. S. 74), von Strümpell (Arch. f. Psych. X. S. 695), von Eickholt (Arch. f. Psych. X. S. 613), von Roth (Arch. de Neurol. XIV. S. 381; XV. S. 163) und Starr (Amer. Journ. of Med.-Sc. Mai 1888) und vielleicht die Friedreich'schen Fälle aus den Jahren 1863 (Virch. Arch. Bd. 26. S. 410).

Nur in einzelnen der (etwa 70) von mir durchgesehenen Beobachtungen ist von dem Autor die absolut normale Beschaffenheit der Wirbelsäule, das Fehlen jeglichen Schmerzes bei Druck auf die Wirbel ausdrücklich hervorgehoben worden so z. B. bei Harris (Brain Bd. VIII. 1886. S. 447) oder bei Oppenheim (1886 Charité-Annalen. Jahrg. XI): in vielen Fällen fehlt jede hierbergehörige Notiz. Andererseits darf auch nicht vergessen werden, dass bei einer oft über viele Jahre hin sich ausdehnenden Erkrankung ein späterer Beobachter erst die später auftretende Erscheinung sieht, die dem frühen Beobachter nicht sichtbar werden konnte: dass derartiges in Wahrheit vorgekommen, beweist z. B. der 1882 von Kahler (Prager Med. Wochenschr. Nro. 36) mitgetheilte Fall, bei dem anfangs die Wirbelsäule als gerade, bei Perkussion nicht schmerzhaft beschrieben ist, während 2 Jahre später: die Wirbelsäule im oberen Brusttheil stark bogenförmig kyphotisch gekrümmt geschildert wird.

Wenn also auch die Deviationen der Wirbelsäule durchaus nicht in allen Fällen von Syringomyelie vorkommen, so beweisen andererseits die eben mitgetheilten Thatsachen doch, dass die Wichmann'schen¹⁾ Worte: „Eine für Syringomyelie charakteristische Stellungs- und Formveränderung der Wirbelsäule gibt es nicht“, in dieser absolut ausgesprochenen Weise nicht ganz zu Recht bestehen.²⁾

¹⁾ R. Wichmann: Geschwulst- und Höhlenbildung im Rückenmark etc. etc. Stuttgart 1887. S. 35.

²⁾ Ich darf an dieser Stelle auch nicht unterlassen die Meinung von Monod und Reboul bekannt zu geben, die in einem Falle sogenannter Morvan'scher Krankheit eine Degeneration der peripherischen Nerven constatirten und die peripherische Neuritis als Grundlage des Leidens annahmen. Sie glauben nicht, dass die Deviationen der Wirbelsäule ein Symptom der Paréso-Analgesie ausmachen. (Arch. génér. de Méd. Juillet 1888.)

Ob diese Deviationen der Wirbelsäule, wie sie Morvan bei seiner Paréso-Analgesie beobachtete und deren nicht seltenes Vorkommen bei der Syringomyelie von mir betont und nachgewiesen ist, in der That eine secundäre, durch trophische Störungen der Wirbelknochen bedingte, auf Läsionen centraler grauer Substanz oder peripherischer Nerven zurückzuführende Erscheinung ist, werden weitere Untersuchungen zu lehren haben.

II.

Temperatur-Beobachtungen bei Paralytikern.

Von Dr. HANS ROTTENBILLER,

Oberarzt der Engelsfelder Irren-Pflegeanstalt zu Budapest.

(Schluss.)

II. Paralytische Anfälle. Die im Verlaufe der progr. Paralyse auftretenden sogenannten paralytischen Anfälle beeinflussen auch wesentlich die Temperatur und zwar verursachen sie bedeutendere Temperaturerhöhungen.

In den 9 Beobachtungen Westphal's¹⁾ war fast nach allen paralytischen Anfällen die Temperatur erhöht. Nach W. schliessen sich an die paralytischen Anfälle häufig Affectionen des Respirationsapparates; ferner muss in einer Reihe von Fällen die Temperatursteigerung nach den Anfällen unzweifelhaft als in diesen Affectionen begründet angesehen werden; in anderen Fällen kann diese Begründung der Temperaturerhöhung sehr wahrscheinlich gemacht werden; und endlich in noch anderen bleibt die Ursache derselben zweifelhaft, obwohl eine Affection des Respirationsapparates auch hier mit Sicherheit nicht auszuschliessen ist.

Bronchitische und pneumonische Affectionen sowohl wie Lungenoedem können sich nach einem paralytischen Anfall ausserordentlich schnell entwickeln. Ueber den Grund des Auftretens von Lungenaffectionen kann man nur Vermuthungen aussprechen. Es kann sein, dass die aus der Bewusstlosigkeit resultirende Unempfindlichkeit und die fehlenden Reflexbewegungen von der Schleimhaut aus ein Hinunterfliessen von Flüssigkeiten aus der Mundhöhle in die Luftwege und dadurch entzündliche Zustände derselben zur Folge haben. Berücksichtigt man ferner die enorm gesteigerte Respirationsfrequenz die in solchen Anfällen einem vorausgegangenem Krampfe der Respirationsmuskeln zu folgen pflegt; zieht man weiterhin die zuweilen vorhandenen krampfhaften oder lähmungsartigen Zuständen der Glottis in Betracht, so dürfte auch hier ein begünstigendes Moment für die Entstehung der Affectionen des Respirationsapparates gefunden werden. — Dass die Temperaturerhöhung nicht von den Convulsionen als solchen abhängt,

¹⁾ Einige Beobachtungen über die epileptiformen und apoplectiformen Anfällen der paralytischen Geisteskranken mit Rücksicht auf die Körperwärme. Arch. f. Psych. Bd. I. S. 337.

geht einmal daraus hervor, dass die Intensität und Dauer derselben in keinem directen Verhältnisse zu der Temperaturerhöhung steht, dann aber aus der Thatsache, dass die gleiche Temperatursteigerung in Anfällen ohne alle Convulsionen beobachtet wird.

Simon¹⁾ erklärt die apoplecti- und epileptiformen Anfälle der Paralytiker, bei denen die Steigerung der Körperwärme stets ziemlich beträchtlich ist und oft ganz jäh einsetzt, fast ausnahmslos als Folgeerscheinung einer mehr oder minder manifesten acuten Lungenaffection, indem er den Anfall geradezu als Aequivalent für den fehlenden Schüttelfrost ansieht.

Huppert²⁾ hat bei allen paralytischen Anfällen eine meist ziemlich rasch ansteigende nicht unbeträchtliche Temperaturzunahme (bis zu 39° C. in der Achselhöhle, und darüber), die gewöhnlich fast ebenso schnell wieder abfiel, gefunden. Er tritt, was die Temperaturverhältnisse des paralytischen Anfalls und der Paralyse betrifft Westphal bei, dass paralytische Anfälle auch ohne Temperaturerhöhung einhergehen. Indessen hat er doch auch bei solchen paralytischen Fällen, die zuerst von keiner Aenderung der Körperwärme gefolgt zu sein schienen, einmal gefunden, dass tiefe collapsartige Senkungen wiederholt in den nächsten Tagen sich zeigten, dann aber sind auch Nachts (in der Zeit von 11—4 Uhr) noch unerwartet meist nur einmal, selten zwei Nächte hintereinander, plötzliche nur einige Stunden anhaltende Erhebungen bis zu 39,2°—39,5° beobachtet worden.

Fürstner³⁾ findet ein Analogon zwischen der Temperaturerhöhung der paralytischen Anfälle und der Pachymeningitis haemorrhagica, bei welchen dieselbe zu den constanten Symptomen gehört. Dieselbe ist in geringerem Grade schon während der Initialperiode der Hirnerscheinungen zu constatiren, geht dann in schneller verlaufenden Fällen successive herauf um ante mortem die bedrohliche Höhe von 41° und mehr zu erreichen, während sie bei protrahirterem Verlaufe entsprechend den Remissionen gleichfalls fällt und bei Exacerbationen wieder steigt. Ebenso wie bei den paralytischen Anfällen Westphal die Temperatursteigerung wenigstens in der Mehrzahl der Fälle durch beginnende oder schon bestehende Affectionen der Respirationsorgane bedingt glaubt, so würde man auch bei der die pachymeningitische Blutung begleitenden Fieberbewegung an einen ähnlichen causalen Zusammenhang denken können. Aber ebenso wie bei den paralytischen Anfällen können auch hier unzweifelhaft Fälle vorkommen, in denen ausser der Hirnaffection keine die Temperaturerhöhung erklärende Momente sich nachweisen lassen.

Nach Kroemer⁴⁾ sind die paralytischen Anfälle stets von be-

1) Arch. f. Psych. Bd. II. cit. bei Reinhard.

2) Die Albuminurie nach dem epileptischen und paralytischen Anfall. Arch. f. Psych. Bd. VII. S. 191.

3) Zur Genese und Symptomatologie der Pachymening. haemorrh. Arch. f. Psych. Bd. VIII. S. 14.

4) Zeitschrift f. Psych. Bd. 36.

deutenden Temperatursteigerungen begleitet. Dieselben sind um so bedeutender, je intensiver die Krampferscheinungen hervortreten. Nach ihm ist die Temperatur vor dem Anfall tief und sinkt in den ersten Minuten unmittelbar nach dem Insult noch tiefer, als Ausdruck des Hirnreizes, durch welchen die Krämpfe hervorgerufen werden.

Nach Reinhard¹⁾ werden die apoplecti- und epileptiformen Anfälle der Paralytiker stets von einer mehr oder minder bedeutenden Temperatursteigerung eingeleitet, unter Umständen kann dieselbe schon 24 Stunden bestehen, bevor der Anfall eintritt, jedenfalls wurde ihre Dauer niemals unter 6 Stunden vor dem Beginn des Anfalls beobachtet. Während des Anfalls stieg die Temperatur noch um Etwas, zuweilen mehr als 1° C., dann hält sie sich nach dem Verschwinden desselben eine kurze Zeit auf der erreichten Höhe, um erst allmählich wieder zur Norm zurückzukehren. Bei einer Cumulation von Einzelanfällen markierte jedesmal eine Temperatursteigerung einen neuen Anfall. Je intensiver der jeweilige Anfall oder die Gruppe von Anfällen war, desto höhere Grade hatte auch die betreffende Temperaturskala. Während der halbseitigen Convulsionen zeigte sich die Temperatur auf der Seite der Convulsionen um einige Zehntelgrade höher als auf der anderen.

Clousto n²⁾ fand, dass, die epileptiformen Anfälle bei allgem. Paralyse stets von einer sehr hohen Temperatur begleitet waren, welche mehrere Tage anhielt und unterscheiden dieselben sich hierdurch von gewöhnlichen epileptischen Anfällen.

Hebold³⁾ erwähnt, dass bei den epileptiformen Anfällen der Paralytiker in der Regel schon bei Beginn der ersten Symptome sich Temperatursteigerung zeigt.

P. J. Möbius erwähnt in seinem Werke⁴⁾, dass der paralytische Anfall sich dadurch von der idiopathischen Epilepsie unterscheidet, dass derselbe mit bedeutenden Schwankungen der Körperwärme verbunden ist.

Savage erwähnt auch in seinem Lehrbuche⁵⁾, dass die paralytischen Anfälle fast ausnahmslos mit Veränderungen der Temperatur einhergehen; manchmal tritt kurz vor dem Anfall ausgesprochene Temperatursteigerung auf. Er selbst hat in Folge eines glücklichen Zufalles ein- oder zweimal Patienten eine Stunde vor dem Anfall gemessen und fand die Temperatur mit 1°—1,5° C. über der Norm.

Während der Zeitdauer meiner Messungen traten bei 4 meiner Patienten paralytische Anfälle auf, theils Einzelanfälle, theils in Form von Cumulation der einzelnen Anfälle. Die Anfälle haben ohne Aus-

¹⁾ Archiv f. Psych. Bd. X.

²⁾ Journal of mental science 1868 citirt bei Reinhard.

³⁾ Arch. f. Psych. Bd. XIII.

⁴⁾ P. J. Möbius, Allg. Diagnostik der Nervenkrankheiten. Leipzig. 1886.

⁵⁾ Savage Klin. Lehrb. der Geisteskrankheiten, deutsch. v. Knecht 1887.

nahme Temperatursteigerung verursacht, welche oft, namentlich nach Cumulation der einzelnen Anfälle, einen sehr hohen Grad (bis 39,9° C.) erreichte. Mit dem Aufhören der Anfälle sank nach einigen Stunden die Temperatur wieder und am folgenden Tage zeigten sich neuerdings subnormale Temperatur (bis 35,5°), welche 1—2 Tage bestand, dann wieder langsam bis zur Norm stieg. Wenn die paralytischen Anfälle zum Tode führten, sank die Temperatur nach den Anfällen nicht, sondern im Gegentheil sie stieg fortwährend, so dass sie unmittelbar vor dem Tode schon einen sehr hohen Grad erreichte oft weit über 40° C. Temperatursteigerung war also stets vorhanden, aber deren Beginn war nicht immer gleich, so auch der Grad der Steigerung nicht. Oft begann die Temperatursteigerung gleich im Beginn der Anfälle oder doch unmittelbar nach denselben; in anderen Fällen begann dieselbe erst in einigen Stunden nach dem Anfall, während ich unmittelbar nach dem Anfall noch subnormale Temperatur beobachtete. Ebenso war die Temperatur bald nur um einige Zehntel erhöht, bald war sie über 39° ja selbst über 40° C.

Temperaturdifferenzen zwischen der rechten und der linken Seite respective zwischen der Seite der Convulsionen und der von Convulsionen freien Seite habe ich zwar beobachtet, doch fehlte die Regelmässigkeit; denn bald war auf der Seite der Convulsionen die Temperatur nur einige Zehntel, oft nur um ein Zehntel erhöht, bald war wieder die Temperatur auf der von Convulsionen freien Seite erhöht.

III. *Tiefe Temperatursenkungen.* Im Verlaufe der progr. Paralyse kommen oft tiefe Temperaturen vor. Mehrere Autoren theilten einzelne Fälle mit, bei welchen sehr tiefe Temperaturen vorkommen; auch diese betrafen zumeist Fälle von progr. Paralyse.

Löwenhardt¹⁾ theilt 4 Fälle von Manie mit tiefer Temperatur mit, welche aber, trotz der gegentheiligen Versicherung des Autors eher für Paralyse imponiren. Im ersten Falle schwankte die Temperatur Wochen hindurch zwischen 25° und 35° C.; 3 Tage vor dem Tode zwischen 25° und 31,25° C. Im zweiten Falle war die Temperatur am Abend vor dem Tode 30,8, kurz vor dem Tode 29,5° C. Im dritten Falle schwankte die Temperatur in den letzten 5 Tagen vor dem Tode zwischen 23,75 und 31,5° C.; im vierten Falle an den letzten zwei Tagen zwischen 28° und 30,8° C. Bei seinen Patienten sank die Temperatur besonders in den letzten 6—8 Wochen ihres Lebens. Am tiefsten war die Temperatur in den ersten Vormittagsstunden, tiefer als Morgens. Seine Fälle zeigten noch, dass einerseits die Temperatursenkungen, wenn sie allmählich auftreten, verhältnissmässig gut und ganz anders vertragen werden, als bei plötzlichem Auftreten; andererseits, dass zum tiefen Sinken der Körperwärme äussere schädliche Einflüsse (häufiges Baden, kalte Witterung, Nacktheit der Patienten) wesentlich beitragen.

¹⁾ Ueber eine Form von Manie mit tiefer Temperatursenkung, Zeitsch. f. Psych. Bd. 25.

Ulrich¹⁾ theilt zwei Fälle mit subnormalen Temperaturen mit. Im ersten Fall (Alcoholist, Toben, Amoenomanie, Eiteruriniren, dünkt sich Gott) wurde Pat. 12 Tage hindurch vor seinem Tode regelmässig gemessen. Die Temperatur schwankte zwischen 32° und 38° C. Die Ursache der tiefen Temperatur sucht er in der durch die lang andauernde Erregung und die vorhandene Eiterung bedingten allgemeinen Entkräftung um so eher, weil bei Alcoholisten selbst bei normalen Verhältnissen die Temperatur niedriger ist wie bei Anderen. — Im zweiten Falle, nachdem die Körperwärme schon Wochen hindurch subnormal war, (36—36,8° C.) sank die Temperatur am 4. Tage vor dem Tode bis 30° C., in den folgenden 24 Stunden bis 28,6° C., dann steigt sie in 48 Stunden allmählich bis 32,6°, sinkt wieder auf 31,3°, um unmittelbar vor dem Tode auf 31,8° zu steigen. In diesem Falle erklärt er den Grund der tiefen Temperatur so, dass, da der Patient deprimirt, melancholisch war, wenig Nahrung zu sich nahm, die auf diese Weise zu Stande gekommene chronische Inanition wohl von wesentlichem Einfluss auf die Temperaturerniedrigung war.

Hebold²⁾ theilt 4 Beobachtungen mit, bei welchen nicht äussere Einflüsse die Temperatursenkung verursachten (dieselben waren bestimmt auszuschliessen), sondern die Ursache war eher in gewissen Veränderungen des Central-Nervensystems zu suchen. Seine Fälle bildeten Blödsinn und progr. Paralyse. Es scheint dass gerade solche Fälle das fast ausschliessliche Contingent für die niedrigen Körpertemperaturen stellen. Die Ursache davon liegt darin, dass gerade bei diesen psychischen Erkrankungen die ausgebreitetsten Veränderungen des Central-Nervensystems vorkommen.

Hitzig³⁾ berichtet über eine Reihe von Fällen, in denen subnormale Temperaturen bis zu 25° bei Paralytikern theils in Verbindung mit paralytischen Anfällen, theils unabhängig davon zur Beobachtung kamen. Er ordnet die Fälle nach 3 Gruppen. Man beobachtet bei Paralytikern 1) erstaunliche Sprünge der Temperatur ohne Krämpfe oder paralytische Anfälle. 2) Absinken der Temperatur Stunden oder Tage vor dem paralytischen Anfall; während des Anfalles steigt die Temperatur nicht wieder auf die normale Höhe. 3) Die Temperatur, die vor dem paralytischen Anfall gesunken, steigt während des Anfalles. In einem Falle sank die Temperatur bis zum Tode auf 25° C. In einer Anzahl von Fällen spielt als Ursache der Temperatursenkung unzweifelhaft Herzschwäche eine Hauptrolle; ob und in wie weit die Erkrankung des Grosshirns durch einen Einfluss auf die Gefässcentren des Hirnstammes und Rückenmarks eine Temperatursenkung herbeiführt, lässt sich bei den widersprechenden Resultaten der zahlreichen angestellten Versuche bei Thieren nicht sagen.

1) Ueber subnormale Körperwärme mit Zugrundelegung zweier Fälle. Zeitschr. f. Psych. Bd. 26.

2) Subnormale Temperaturen bei Geisteskranken. Arch. f. Psych. Bd. XIII.

3) Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker. Klin. Wochenschr. 1884. Nro. 34. ref. Neurolog. Centralblatt 1884. Nro. 23.

Lemcke¹⁾ erwähnt den Fall eines Potators, welcher im bewussten Zustande aufgenommen wurde; die Temperatur zeigte im Rectum 23° C.

Unter den 33 Paralytikern, bei welchen ich regelmässig Temperatur-Messungen anstellte, hatte ich bei 4 Gelegenheit tiefe Temperatursenkungen zu beobachten.

Im ersten Falle handelt sich um eine demente Form der Paralyse. Patient war verblüdet, vollkommen ruhig, Aufregungszustände fehlten vollständig, körperlich war derselbe aber in hohem Grade erschöpft und abgemagert. Während 3 Wochen wurde derselbe 62mal gemessen und während dieser Zeit war die Temperatur fast ausschliesslich subnormal, schwankte zwischen 35° und 36,5°, nur selten — insgesamt viermal — stieg dieselbe bis zu 37° und höher; die erreichte höchste Temperatur betrug 37,4° C. In der letzten Woche seines Lebens fiel die Temperatur noch tiefer, bewegte sich Morgens zwischen 34,4° und 34,8°, Mittags und Abends zwischen 35,7° und 36,4°. Vier Tage vor seinem Tode sank die Temperatur Morgens auf 34,2°, Mittags betrug sie 34,7°, Abends 35,°. In den folgenden Tagen sank die Temperatur noch tiefer, einen Tag vor dem Tode betrug sie Morgens 32,2, Mittags 32,1, Abends 31,8°. Am Tage des Todes Morgens 28,8°, zwei Stunden vor dem Tode, Mittags 27,4° C.

Der zweite Fall betraf eine expansive Form der Paralyse. Patient war in Folge hochgradiger und andauernder Aufregungen vollständig erschöpft und stark abgemagert. Im Beginn der dreiwöchentlichen Messungen, war die Temperatur febril bis zu 39,8°, später sank die Temperatur bis zur Norm, wurde sogar subnormal, endlich 3 Tage vor dem Tode sank die Temperatur Morgens auf 34,8°, Mittags betrug dieselbe 35°, Abends 35,85°. Dann sank die Temperatur immer mehr, 2 Tage vor dem Tode war dieselbe Morgens 34,2° Mittags 32,5, Abends 32°. Am folgenden Tage also am Tage vor dem Tode betrug die Temperatur Morgens 31,3°, Mittags 30,8°, Abends 32°; am Todestage Morgens 32°, zwei Stunden vor dem Tode 30,8° C.

Im dritten Falle war Patient in Folge tobsüchtiger Zustände und von Cumulation paralytischer Anfälle ebenfalls hochgradig erschöpft und stark abgemagert, ausserdem war er fortwährend unruhig, deckte sich immerfort ab und verliess sein Lager; die Temperatur dieses Patienten war stets subnormal (einmal sank die Temperatur bis 33,05°) mit Ausnahme der Zeit der paralytischen Anfälle, als die Temperatur bis 37,9° stieg. Am Todestage war die Temperatur Morgens 34,5°, Abends (6 Stunden vor dem Tode) 32,5°.

Im vierten Falle war Patient in Folge lang andauernder, bis zum Tode bestehender profuser Diarrhöen ausserordentlich erschöpft. In der letzten Woche seines Lebens war die Temperatur im Allgemeinen subnormal; am Tage vor seinem Tode sank die Temperatur,

¹⁾ Deutsches Arch. f. klin. Medic. Bd. 34. ref. Neuroleg. Centralblatt 1884. Nro. 13.

Morgens bis 34,2⁰, am Todestage betrug sie Morgens 32,2⁰ und stieg 2 Stunden vor dem Tode bis zu 33,1⁰.

Bei meinen Fällen übte auf das Zustandekommen der niedrigsten Temperaturen gewiss einen wesentlichen Einfluss die hochgradige Erschöpfung, welche durch verschiedene Ursachen entstanden, in keinem meiner Fälle fehlte. Das Sinken der Temperatur unter dem Einflusse der Inanition (Entkräftung, Erschöpfung, Abstiniren) ist zweifellos. Ich selbst hatte in einem Falle von tabetischer Paralyse Gelegenheit zu beobachten, dass die Temperatur während der Dauer des Abstinirens von 37,1⁰ bis 35,9⁰ sank.

Weiters ist noch die Unbeweglichkeit in Betracht zu ziehen (Einfluss des im Bettliegens). Die horizontale Lage selbst beeinflusst die Temperatur. Nach Kernig¹⁾ verursacht die horizontale Lage beim Menschen Sinken der Temperatur um einige Zehntel. Die Kälte der umgebenden Luft ist auch in Betracht zu ziehen; solche Kranke sind oft unruhig, decken sich ab, bleiben längere Zeit unbedeckt liegen; nähren sich auch mangelhaft. Es ist gewiss, dass bei mangelhafter Ernährung ebenso Temperatursenkungen zu beobachten sind, wie bei gänzlichem Abstiniren.

Aber auch centrale Ursachen über einen entsprechenden Einfluss bei dem Zustandekommen niedriger Temperaturen. Ulrich²⁾ gibt der Ansicht Ausdruck, dass nach der Annahme von Tscheschichin im Gehirn Centren existiren, die für die Erhaltung der Körperwärme regulirend wirken, und dass in Folge der Lähmung derselben die Temperatur sich steigert, ebenso vielleicht umgekehrt bei einer Reizung derselben sinken.

IV. Agoniale Temperatur. Die agoniale Temperatur pflegt verschieden zu sein, ebenso oft sinkt die Temperatur in der Agonie sehr tief, als sie eine bedeutende Höhe erreicht, besonders häufig in solchen Fällen, in welchen Cumulation der paralytischen Anfälle den Tod herbeiführte.

Unter meinen 33 Paralytikern hatte ich während der Zeitdauer der Messungen 14 mal Gelegenheit die Temperatur in der Agonie und unmittelbar nach dem Tode zu beobachten. Von diesen 14 Paralytikern zeigten 6 eine sehr tiefe, 7 eine sehr hohe Temperatur in der Agonie, welche nicht selten auch noch nach dem Tode anhielt; in einem Falle war die Temperatur zwei Stunden vor dem Tode normal (37,5⁰ C.). Die hohe Temperatur (die höchste war 41,15⁰ C.) sank kurze Zeit nach dem Tode mit $\frac{1}{2}$ —1⁰, auch so noch eine erhöhte Temperatur zeigend; die sehr tiefe Temperatur sank nach dem Tode noch um einige Zehntel.

v. Krafft-Ebing³⁾ theilt einen Fall mit, in welchem im Be-

1) Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Wärmeregulirung beim Menschen. Inaugural-Dissertation Dorpat 1864.

2) Loc. cit.

3) Zeitschrift f. Psych. Bd. 25. S. 325.

ginn der Agonie die Temperatur Morgens 7 Uhr 42,8⁰, Vormittags 10 Uhr 43⁰ (in der Vagina) betrug.

Erb¹⁾ giebt über die agoniale Temperatur seine Ansicht dahin ab, dass in den meisten, wenn auch nicht in allen Fällen von Krankheiten des nervösen Centralapparates mit dem Nahen des Todes eine mehr weniger schnelle, die normale Temperatur weit überschreitende Temperatursteigerung auftritt, welche in vielen Fällen auch nach dem Erlöschen der Respiration und der Herzthätigkeit noch einige Zeit fort dauert. Diese Temperatursteigerung fand er vorzüglich in solchen Fällen, in denen der Tod vom Gehirn aus erfolgte.

Anhang. Gleichzeitig mit den Paralytikern machte ich auch bei 4 Epileptikern Temperaturmessungen. Die bei diesen — zwar wenigen — Patienten beobachteten Temperaturverhältnisse möchte ich noch an diesem Platz kurz mittheilen.

Bei diesen 4 Patienten habe ich insgesamt 600 mal den Thermometer angelegt; in sämtlichen Fällen war schon hochgradige Demenz gegenwärtig und die epileptischen Anfälle traten häufig genug auf. —

Im ersten Fall bewegten sich die Temperaturen zwischen 36,4 und 37,8⁰ nur einmal erreichten dieselbe 38⁰. Zumeist (aber nicht immer) waren die Morgentemperaturen tiefer; aber nicht selten zeigte sich auch der Typus inversus, wo die Temperatur Abends tiefer war als Morgens. Nicht selten waren die Temperaturen den ganzen Tag über subnormal. Dieser Patient wurde 72 Tage hindurch 214 mal gemessen und hatte während dieser Zeit 13 Einzelanfälle. Nach den Anfällen stieg die Temperatur um einige Zehntel; einige Stunden später fiel aber dieselbe wieder.

Im zweiten Fall wurde Patient 80 Tage hindurch 221 mal gemessen und hatte während dieser Zeit 11 Anfälle. Die Temperatur schwankte in den ersten Wochen zwischen 36,5⁰ und 37,8⁰; auffallend häufig mit abendlichen Remissionen, als plötzlich ohne jede nachweisbare Ursache fieberhafte Temperatur auftrat. Anfangs war dieselbe von geringer Höhe, Abends bis 37,9⁰ C., aber die Temperatursteigerung wurde immer bedeutender mit morgenlichen Remissionen; bis endlich am 7. Tage der Fieberbewegungen die Temperatur Abends 40⁰ erreichte (Morgens war sie 38,45⁰); dann schwankte die Temperatur einige Tage hindurch zwischen 39⁰ und 40⁰, fiel langsam ab, so dass in einigen Tagen die Temperatur Abends nur mehr 37,3⁰ betrug; aber am folgenden Tage Abends stieg dieselbe wieder bis 40,75⁰ C. (Patient hatte an diesem Tage vier Anfälle). Nachdem der fieberhafte Zustand 14 Tage anhielt, fiel die Temperatur wieder langsam ab, so zwar, dass nach einigen Tagen auch schon subnormale Temperaturen zu beobachten waren. Nach einer Woche aber fing die Temperatur an wieder zu

¹⁾ Ueber die Agoniesteigerung der Körperwärme bei Krankheiten des Central-Nervensystems. Arch. f. klin. Medicin I. 2. 1865.

steigen und es begann eine zweite, beiläufig wieder 14 Tage andauernde Fieber-Periode; also zwei gleiche 14tägige Fieber-Perioden durch eine 7tägige fieberfreie Periode getrennt. Während dieser zweiten Fieberperiode erreichte die Temperatur Abends 40.45° C.; nachdem sie ihren Höhepunkt erreichte, fiel sie wieder langsam ab; zum Schluss neuerdings die alten Verhältnisse zeigend.

Nach den Anfällen stieg die Temperatur nur einige Zehntel bis 10°; diese Steigerung ging aber in kurzer Zeit wieder zurück. Während den Fieber-Perioden traten auch Anfälle auf, nach welchen die ohnehin schon hohe Temperatur noch um einige Zehntel stieg.

Im dritten Falle wurde Patient 23 Tage hindurch 65 mal gemessen; während dieser Zeit traten 5 Einzel-Anfälle auf. Die Temperatur schwankte zwischen 36,5° und 37,8°. Die Morgentemperatur war meistens subnormal, die abendliche normal; nur zweimal stieg die Abendtemperatur bis 38° resp. 38,5° C. — In diesem Falle waren die Temperaturen unmittelbar nach den Anfällen um einige Zehntel tiefer wie die Temperaturen vor den Anfällen.

Endlich im vierten Falle wurde Pat. 40 Tage hindurch 100mal gemessen, während dieser Zeit traten 3 mal Anfälle auf. In diesem Falle wurden während der ganzen Messungsdauer Fieberbewegungen beobachtet, ohne dass — trotz der aufmerksamsten Untersuchung — irgend eine somatische Affection zu constatiren gewesen wäre. In der ersten Hälfte der Messungen bewegte sich die Temperatur Mittags und Abends um 30° C. herum (stieg bis 39.3°), während die Morgentemperatur niedriger, subfebril war, um 38° (stieg bis 38.3°). In der zweiten Hälfte der Messungen fiel die Temperatur, indem die Abendtemperaturen subfebril, die morgenlichen normal waren. — Die Temperaturen nach den Anfällen waren auch in diesem Fall etwas niedriger wie diejenigen vor den Anfällen.

Wie wir sehen zeigen die Temperaturen in meinen Fällen keinen ausgesprochenen Charakter; in Folge der epileptischen Anfälle wird die Temperatur bald um einige Zehntel erhöht, bald sinkt dieselbe.

Ueber die Fieber-Perioden des zweiten Falles und die andauernden Fieberbewegungen des vierten Falles wage ich nicht eine bestimmte Meinung zu äussern. Im ersten Moment wäre man am geneigtesten dieselben für epileptisches Fieber zu halten; da aber diese fieberhaften Bewegungen gänzlich unabhängig von den Anfällen auftraten, so würde diese Ansicht jeden Grundes entbehren; für epileptische Aequivalente kann man dieselben auch nicht recht declariren, weil — obwohl die Anfälle, während den Fieber-Perioden thatsächlich seltener auftraten — dieselben endlich denn doch auftraten. Es bliebe nur noch übrig dieselben, von der Epilepsie absehend, lediglich durch die Geisteskrankheit entstandenen centralen Störungen zuzuschreiben. Vielleicht werden spätere Beobachtungen zur Erklärung der Ursachen wesentlicher beitragen. Diesmal beschränke ich mich blos auf die einfache Mittheilung dieser 2 Fälle.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Berliner medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 28. November 1888.

23) E. Remak: Ueber Oedeme auf spinaler Basis. (Krankenvorstellung.)

Oedematöse Schwellung der Unterarmextremitäten beobachtet man nicht selten bei acuter Myelitis, bei Rückenmarksblutung u. s. w. Oedem der Oberextremitäten kommt bei Hemiplegie, nach Nervendurchschneidung (z. B. des Ischiadicus), bei degenerativer Neuritis und Polyneuritis gelegentlich vor. Die Lähmung der Muskeln kann durch circulatorische Schwächezustände allein den Wasseraustritt in die Haut nicht bedingen, sondern man muss auf den Ausfall vasomotorischer Nerven recurriren. Diesbezüglich erinnert R. an den von Lewinski im Jahre 1885 in der Berliner medicinischen Gesellschaft vorgetragenen Fall von Lähmung des Hals- und Armsympathicus durch Druck einer Struma. Hier fanden sich im Anschluss an die Vasomotorenlähmung Oedem und Anasarca des Handrückens und der unteren Theile des Vorderarmes. In dem vorliegenden Falle handelt es sich um ein Oedem, dessen Herleitung von einer spinalen Erkrankung, einer Syringomyelie, mit Sicherheit zu eruiren war.

Pat., ein 38 j. Mann, fiel im Jahre 1877 27 Fuss hoch auf harten Boden, erlitt eine Contusion der Wirbelsäule, wodurch er 6 Wochen lang an das Bett gefesselt wurde. In dem folgenden Jahr zog er sich eine Fractur der Vorderarmknochen zu. 1887 zeigte sich Abmagerung der l. Hand. 1886 klagte er über Occipital- und Interscapularschmerz. Seit 6 Wochen traten Dysphagie, Schwäche in dem l. Bein und ödematöse Schwellung der Hand auf.

Pat. schluckt mit grosser Anstrengung unter starker Anspannung der Halsmuskeln. Atrophie der l. Hand, der Interossei, welche Entartungsreaktion zeigen. Kein Druckschmerz der Armnerven. An dem Dorsum der rechten Hand, weniger ausgesprochen an der Vola findet sich gleichmässige ödematöse Schwellung; die Haut trägt ihre gewöhnliche Farbe im Gegensatz zu dem porcellanartigen Ansehen des Myxoedems. Die Temperatur der sich warm anführenden Hand beträgt 38° C., in der Achselhöhle zeigt das Thermometer 37,5° C. Der Puls ist voll und regelmässig. Das Herz ist gesund. Der Urin erweist sich frei von Eiweiss und Zucker. Oedeme fehlen an den Unterextremitäten. Das l. Bein zeigt motorische Schwäche. Links finden sich Steigerung des Kniephänomens und Andeutung von Dorsalcloonus. Der l. Bauchreflex ist nicht vorhanden. Ausserdem besteht partielle Empfindungslähmung für Schmerz, Temperatur und zwar beträchtlicher für Wärme als für Kälte an dem l. Arm, der l. Halsteite bis zu dem Unterkiefer und dem Ohrfläppchen, an der l. Brust, der l. Bauchseite, dem l. Oberschenkel. Die electrocutane Sensibilität ist an diesen Theilen herabgesetzt. Vasomotorische Phaenomene fehlen.

Indem R. die Geschichte der Syringomyelie in kurzen Zügen schildert, stellt er in diesem Falle in Hinblick auf die degenerative Atrophie und die partielle Empfindungslähmung die Diagnose auf eine ausgedehnte Höhlenbildung in dem linksseitigen Cervikalmark, welche nach oben bis in die *Medulla oblongata* hineinreicht.

Indem er darauf hinweist, dass bei der Syringomyelie Blutblasen, Ulcerationen, Panaritien, Schrunden, Hauterysipele, Spontanfracturen beobachtet wurden, erwähnt er, dass das Vorkommen von Oedem und Anasarca von Strümpell, Schultze, Fürstner und Zacher, Roth beschrieben ist. Vielleicht stünde die hydropische Exsudation mit der Alteration der Hinterhörner in Verbindung; die Atrophie der Vorderhörner scheine, wie die progressive Muskelatrophie und die essentielle spinale Kinderlähmung es beweisen, bei denen sich kein Oedem fände, hiermit nicht in Zusammenhang gebracht werden zu können.

24) Schüller: *Mittheilung über die künstliche Steigerung des Knochenwachsthum beim Menschen.*

Venöse Hyperämie in dem Knochen sowie Reizungen des Intermediärknorpels durch eingeschlagene Elfenbeinstückchen vermehren das Wachsthum des betreffenden Knochens. Auf diese Beobachtungen sich stützend, versuchte es der Votr., Knochen, die durch pathologische Processe an Länge und Umfang eingebüsst hatten, zu vermehrtem ausgleichenden Wachsthum anzuregen, indem er einen Schlauch oberhalb derselben fest um das Glied zur Erzielung der venösen Stauung anlegte, unter strengster Antisepsis vernickelte Stahlstifte gegen den Intermediärknorpel zu einführte, daneben Massage, Turnübungen und eine zu keiner Milchsäureproduction neigende Diät anwenden liess. Er sah bei den Hemmungen des Knochenwachsthums der spinalen Kinderlähmung in wenigen Monaten einen Ausgleich der Knochen an Länge und Dicke eintreten. Zugleich hatte die Methode die Vorzüge, dass sie das Kältegefühl der zurückgebliebenen Extremität beseitigte den Umfang der atrophierten Muskeln und dadurch ihre Thätigkeit sehr wesentlich besserte.

Sitzung vom 5. Dezember 1888.

25) v. Bergmann: *Geheilte Hirnabscess. (Krankenvorstellung.)*

Hirnabscesse können nach den jetzigen Erfahrungen von jeder andere Abscess geöffnet und geheilt werden; sie müssen aber auch wegen der Lebensgefahr, die sie mit sich bringen, chirurgisch behandelt werden. Dupnytren wurde am Ende der zwanziger Jahre dieses Jahrhunderts durch das Misslingen in einem Falle von einem weiteren Angreifen der tiefen Hirnabscesse abgeschreckt; jetzt liegt der Schwerpunkt mehr in der Schwierigkeit der Diagnose. Diesbezüglich bietet die Aetiologie der Hirneiterungen das wesentlichste Moment, weil diese fast immer deuteropathisch sind und sich einmal an eitrigen Lungen- und Pleurarerkrankungen anschliessen, ferner durch ein Trauma des Cranium bedingt sein können und endlich im Gefolge von Schädeleiterungen entstehen. Unter den letzteren kommt die chronische

Eiterung des Mittelohres am häufigsten in Betracht. Hierbei findet oft eine continuirliche Eiterung statt, indem sich dieselbe von dem Tegmen tympani auf die Dura fortpflanzt; in anderen Fällen hat die Ueberleitung von der hinteren Fläche des Felsenbeines nach dem Kleinhirn statt; die meisten an Otitis media purulenta sich anschliessenden Abscesse liegen geschlossen und abgekapselt in der Tiefe des Schläfelappens.

Ein 29 j. Arbeiter, der seit 11 Jahren an einer rechtsseitigen Ohreiterung litt, aber vollkommen arbeitsfähig war, klagte in den letzten 6 Wochen vor seiner Operation über Darmbeschwerden und Appetitlosigkeit, zeigte sich elend und magert ab. Er fieberte mit abendlichen Exacerbationen, ohne dass sich eine stärkere Eiterung aus dem Ohre nachweisen liess. Da sich über dem Proc. mastoides weder Schwellung, Druckschmerz noch Oedem zeigten, so musste an einen Eiterungsprocess in der Nähe des primären Herdes gedacht werden und zwar in dem Gehirn, weil sich abnorme Druckerscheinungen in cavo cranii: anhaltender Kopfschmerz und gerade zu der Zeit der Fiebersteigerung vorhandene Pulsverlangsamung (53 Schläge in der Minute) deutlich machten. Abnahme des Gehörs auf der linken Seite bestand nicht, dagegen liessen sich Schwäche in dem l. Arm, Herabsetzung der Sensibilität an der l. Körperhälfte und Parese des r. Facialis nachweisen.

B. räth die Oeffnung des Schädels möglichst gross anzulegen um sich an dem Gehirn gut orientiren zu können.

Nach der Trepanation und Durchschneidung der Dura zeigte sich die rechtss. III. Schläfenwindung.

B. widerräth die Probepunktion, weil er in 2 Fällen, wo sich Abscesse in dem Kleinhirn und Gyr. frontalis p. m. fanden, wegen resultatloser Punktionen von weiterer Operation Abstand nahm. Bei dem Schläfenlappen kann ohne dass bedeutende Funktionsstörungen stattfinden, wiederholt eingeschnitten werden.

Der dritte Einschnitt in die Tiefe desselben entleerte grünen, foetiden, ungekästen Eiter. Drainage. Jetzt nach 6 Wochen zeigt sich eine solide, senkrecht über dem Proc. mastoides liegende Narbe, die Schädellücke ist bedeutend verkleinert. Kopfschmerz, Fieber und die Facialisparese schwanden gleich nach der Operation. Die das Trommelfell ersetzenden Granulationen wurden abgekratz, ein Sequester wurde an dem Tegmen tympani nicht gefunden.

Sitzung vom 12. Dezember 1888.

Discussion. Hartmann bemerkt, dass die Ausspülungsbehandlung des eitrigen Mittelohrkatarrhes wie statistische Belege zeigen, gute Resultate erzele, und dass die englischen Chirurgen erst den Gehirnsabscess angreifen, nachdem die Paukenhöhle durch Ausspülungen so weit es geht aseptisch gemacht ist.

v. Bergmann wollte keine neue Behandlung der Otorrhoe vorschlagen, sondern nur andeuten, dass die bisher von Otologen angewendeten heftigen Ausspülungen noch nicht ideale therapeutische Massnahmen seien, da er glaube, dass dadurch septische Keime in die

Tiefe getrieben würden. Küster schlägt vor den Process. mastoides zu öffnen und das Ohr zu drainiren, falls nach mehrwöchentlicher Ausspritzung keine Besserung in Bezug auf den Ausfluss herbeigeführt wäre.

26) **G. Behrend:** *Ueber Nervenläsion und Haarausfall mit Bezug auf die Alopecia areata mit Demonstration.*

B. excidirte bei 9 Katzen das ausserhalb des Cervikalkanals liegende II. Intervertebralganglion behufs Beantwortung der Frage, ob ihm trophische Eigenschaften zugeschrieben werden dürften, in der Weise, wie es Joseph in seinen Versuchen zur Feststellung der Aetiologie der Alopecia areata (Berl. klin. Wochenschr. 1888 Nro. 5 und 6) vorgenommen hatte. Die Stelle sei insofern recht geeignet, da die Vasomotoren sich erst der Peripherie des II. Cervicalnerven zugesellen. B. sah im Gegensatze zu Joseph gar keinen Haarausfall, trotzdem sich seine Beobachtungen bis zu 120 Tagen erstreckten.

Joseph erwähnt, dass er auch bei 30 Katzen vergebens operirt habe.

J. Munk meint, dass wenn 9 Versuche bei Durchschneidung eines Nerven das gesuchte Resultat nicht ergeben hatten, damit vollkommen genügte geschehen wäre; denn entweder erfolgt nach Durchschneidung eines Nerven ein bestimmtes Phänomen oder es erfolgt nicht.

II. Verein für innere Medicin in Berlin.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 17. Dezember 1888.

27) **J. Ruhemann:** *Ueber Beziehungen des Trigeminus zu der Gesichtsatrophie* (mit Demonstration). **Autorreferat.**

Zur Erhärtung des ursächlichen Zusammenhanges von Trigeminasparalyse mit Gesichtsatrophie, für welchen bisher der pathologisch-anatomische Befund einer Neuritis interstitialis proliferata des Quintus durch E. Mendel (Neurol. Centralbl. 1888 Nr. 14), einzig in der Literatur dasteht, stellt Vortr. einen Fall vor, der klinisch die angegebenen Beziehungen illustriert.

64 j. Tapezier; der seit seinem 20. Lebensjahre auf dem rechten Auge schlecht sieht, verlor vor 14 Jahren durch eine rechte Kieferentzündung vier gesunde Zähne; es wurde ein Theil des r. Oberkiefers resecirt; seit der Operation bemerkte er Abnahme des Gefühls auf der r. Gesichtshälfte. In dem letzten Jahre acquirirte er eine ulceröse Keratitis, die unter antiseptischem Occlusivverbande bald heilte. In jüngster Zeit verspürte er Kriebeln hinter dem r. Auge.

Psychische Störungen und Sprachbeschwerden fehlen bei dem Pat. In Bezug auf Motilität, Sensibilität und die trophischen Verhältnisse des Rumpfes und der Extremitäten bestehen keine krankhaften Veränderungen. Sehnenreflexe und mechanische Erregbarkeit der Muskeln sind in mittlerer Stärke vorhanden. Leichte Sklerose der Carotiden, 72 Pulsschläge in der Minute. Das r. Auge, das sich in Divergenzstellung befindet, zeigt mässige Parese des Levator palpebrae sup. und

Beschränkung der Bewegung nach oben und innen. Die r. Pupille ist kleiner als die linke, reagiert aber direkt und indirekt auf Licht. einfall. Rechts sieht man mature Catarakt mit Erhaltung von Lichtschein und Projektion.

In allen Aesten des Trigeminus besteht vollkommene ~~Anästhesie~~ für Schmerz, electrocutane Reizung, Temperatureinwirkungen. Berührungsgefühl ist abgeschwächt, Temperaturschmerz geschwunden, electromuskuläre Sensibilität erhalten. Complete Anästhesie der r. Hornhaut und Conjunktiva. Anästhesie der r. Nasenschleimhaut mit Herabsetzung der Geruchsempfindung. Anästhesie der r. Mund-, Gaumenschleimhaut und der beiden vorderen Drittel der r. Zungenhälfte; Temperatursinn fehlt an diesen Partien. Geschmacksempfindung ist herabgesetzt.

Motilität in dem Facialis und dem Trigeminus ist unbeeinträchtigt. Die Gesichts- und Kaumuskeln zeigen keine qualitative noch quantitative Erregbarkeits-Veränderungen bei elektrischer Reizung.

Die Haut des Gesichts ist auf der ganzen r. Seite beträchtlich verdünnt besonders an der Wange, die sich schlaff im Gegensatz zu der andern, vollen und prallen Wange anfühlt. An symmetrischen Stellen gemessen zeigt der Dickendurchmesser der r. Wange 1,3 Centimeter, der der linken 1,8 Cm; die rechte Ober- und Unterlippe sind 6 Millimeter, die l. Ober- und Unterlippe 8 Mm. dick. Der vertikale Durchmesser der r. Wange ist kleiner als der der linken. Beträchtliche trophische Störungen an den Gesichts- und Schädelknochen fehlen. Der r. Schädelumfang ist um einen Cm. geringer als der linke. Narbige Einziehungen und Pigmentflecke in der Haut fehlen, das Volumen beider Zungenhälften ergibt keine Differenzen.

Indem Votr. die Trigeminusparalyse als Ursache der Gesichtsatrophie ansieht, meint er, dass die Resektion des Oberkiefers das aetiologische Moment für das Entstehen einer interstitiellen Neuritis des V. abgegeben hat. Durch Ascension der Entzündung seien alsdann die übrigen Aeste des Trigeminus in Mitleidenschaft gezogen worden.

Votr. stellt alsdann ein 23 j. Mädchen vor, das unzweifelhafte Symptome der Lues hereditaria, Knochenaufreibungen der Tibiae, Zerstörungsdefekte des Velum u. s. w. aufweist. L. Auge zeigt Leukom und recidivierende Entzündung der Cornea. Complete Anästhesie aller drei Quintusäste auf der linken Gesichtsseite, Paralyse des M. pterygoideus internus aber keine Atrophie. Luetische Affection des l. Ganglion Gasserii wird angenommen.

Das getrennte Vorkommen von Sensibilitätsparalyse und Gesichtsatrophie spricht für den gesonderten Verlauf der sensiblen und trophischen Trigeminusfasern.

28) **Fürbinger** stellt einen Fall von *spastischer cerebraler Kinderlähmung* bei einer 44 j. Frau vor; die acute Poliencephalitis trat in dem 6. Lebensjahre der Pat. ein. Es besteht r. Hemiplegie mit ausgeprägten spastischen Erscheinungen, starken Contrakturen, gesteigerten Reflexen. Erregende Einwirkungen verstärken die Spasmen;

die Nachtruhe mildert jene. An der r. Hand zeigt sich ausgesprochene Athetose. Die Psyche ist intakt. Es besteht jetzt Porencephalie in der l. motorischen Region.

Den Zusammenhang der acuten cerebralen Kinderlähmung mit Infektionskrankheiten betonend gedenkt Votr. eines Knaben, bei welchem 6 Wochen nach Beginn eines Scharlachs und nach Heilung einer postscarlatinösen Nephritis halbseitige Kinderlähmung eintrat. Die Section ergab keine corticale Affection sondern einen haemorrhagischen Herd in dem Linsenkern, das Product einer hämorrhagischen Encephalitis.

G. Gutmann hält die Keratitis bei der zweiten Patientin nicht für eine trophische Läsion, da sie durch den Verband beseitigt werden konnte; er hat ferner das l. Auge iridektomirt und einen reizlosen Wundverlauf beobachtet.

III. Referate und Kritiken.

29) **Jakowenko:** Zur Frage über den Bau und die Degeneration des hinteren Längsbündel. (Wiestn. Psichiatrii etc. Mierszejewski VI. 1.)

Auf einem gleich hinter den Vierhügeln geführten Querschnitte treten auf beiden Seiten der Raphe deutlich zwei symmetrisch gelegene Faserbündel zum Vorschein, welche, dorsalwärts an die, den Aqueductus Sylvii begrenzende graue Substanz stossen. In der Mitte zwischen ihnen zieht sich eine, aus einzelnen runden Bündeln bestehende Kette, welche je nach dem Orte des Schnittes bald als gerade Linie, bald in U oder A Form verläuft. Dieses charakteristische System ist von Stilling „hintere Abtheilung des nach oben fortgesetzten Vorderstranges“, von Henle oberer weisser Saum der reticulären Substanz“, von Stieda „oberes Längsbündel“ von Luys „fibresspinales des régions postérieures“, von Meynert „hinteres Längsbündel, fasciculus longitudinalis posterior“ benannt worden; letztere Bezeichnung ist jetzt die allgemein angenommene.

Hinsichtlich des Ursprungs und des Endes dieses Fasersystems und seiner Zusammensetzung gehen die Meinungen der Autoren auseinander. Stilling hält es für die Fortsetzung des hinteren Abschnitts der Vorderstränge und meint, dass es oberhalb des rothen Kerns sich pinselförmig ausbreitend die Hemisphäre erreicht. Deiters lässt es aus centripetalen Fasern des Oculomotorius bestehen und als gleichbedeutend mit den Vorder- und Seitensträngen des Rückenmarks gelten. Meynert hielt es früher für eine Fortsetzung des Acusticus, jetzt aber für einen Bestandtheil der ansa peduncularis und meint, dass keiner der Haubentheile so hoch im Hirnstamme hinaufgehe, wie der fasciculus longitud. post. Er beschreibt eine sog. radiatio fasciculi posterioris als Projectionssystem erster Ordnung und den fascicul. long. post. als unvollständige Fortsetzung dieser Ausstrahlung nach unten, welcher in die hintersten Theile der Vorder-

stränge übergeht und in seinem Verlaufe von grauen Massen unterbrochen wird. Doch sind Meynert's Ansichten hypothetisch. Sicherer sind die von Flechsig, welcher nachwies, dass der fascicul. long. poster. sich sehr früh und gleichzeitig mit dem Grundbündel des Vorderstranges mit Myelin umkleidet und dass er ihm aequivalent sei, dass er ebenso aus Fasern verschiedenen Calibers bestände, und in seinem Querschnitte bezüglich der Breite ebenso wechsele. Der fasciculus long. post. stelle nach ihm, wenn auch nicht die directe Fortsetzung des Grundstranges, so doch sein Homologon dar, d. h. er besitze eine gleiche systematische Bedeutung; er verbinde mit einander 1) die, den Aquaeductus Sylvii auskleidenden grauen Massen, 2) die motorischen Hirnnerven, besonders trochlearis, abducens, oculomotorius, bald direct, bald gekreuzt, während das Grundbündel die Zellen der Vorderhörner einer Seite unter sich und mit den motorischen Wurzeln der anderen Seite verbinde. Verfolgt hat Flechsig dieses Bündel ganz sicher nach oben nur bis zur hinteren Commissur und meint, eine directe Verbindung mit den Hemisphären bestände nicht. Roller meint, dass aus dem Hypoglossuskern sicher Fasern in den Fascic. long. poster. eintreten, der fasciculus teres ist nach ihm ein Theil der Facialiswurzel, welcher sich in den Fascic. long. post. einbettet, ausserdem verlaufen in diesem gekreuzte Abducensfasern, ebenso vom Trochlearis. Später fand R., dass der Fascic. long. post. noch Fasern vom Trigemini enthalte, welche theils in den motorischen, theils in den sensiblen Quintuskern eintreten. Duval und Laborde wiesen an Kaninchen und Pavianen nach, dass der Fascic. long. post. in der Raphe sich kreuzende Fasern enthalte, welche vom Abducenskern zu den contralateralen Trochlearis- und Oculomotoriuswurzeln ziehen. Edinger behauptet, dass die meisten oder alle Gehirnnerven bedeutende Faserbündel aus dem Fascic. long. post. erhielten und dass der Oculomotoriuskern mit ihm in Verbindung stände. J. Nussbaum kam nach Untersuchung junger Katzegehirne zum Schlusse, dass aus den Abducenskernen diffuse Bündel sich dem Fascic. long. post. anschließen, sich kreuzen und in Meynert's fontainenartige Kreuzung eintreten; er identificirt ferner die weitere Fortsetzung des Fascic. long. post. mit den Meynert'schen Quintussträngen, Randfasern des Aquaeductus. Mendel hat experimentell nachgewiesen, dass die den m. orbicularis palpeb. und m. frontalis innervirenden Facialisfasern nicht im Facialiskerne, sondern aus dem hinteren Theile des Oculomotoriuskernes entspringen und vor ihrer Vereinigung mit der Facialiswurzel in den Fascic. long. post. eintreten; letztere Behauptung geht aus seiner Arbeit ohne weiteres nicht hervor.

Hinsichtlich des Verhältnisses der hintern Commissur zum Fasc. long. post. scheint die Ansicht Darschke witsch's die bestbegründete zu sein, welcher nachwies, dass im centralen Abschnitte dieser Commissur Fasern aus dem Tractus optic. (durch Corp. genicul. later., Thalam., Pedunculus conarii) zum Oculomotoriuskerne ziehen und die Fasern für die reflectorische Pupillencontraction enthalten.

Aus dem Vorhergehenden erhellt nun, dass der Fascic. long. post.

dem Grundbündel der Vordersäulen aequivalent sei, und dass er eine unmittelbare Beziehung zu den Bewegungsnerven des Auges habe; hinsichtlich seiner Endigung im Gehirn und des Verlaufs der Augennervenfasern in ihm ist noch alles Hypothese, was durch Heranziehen pathologischer Daten klar wird. Alle Autoren, welche Affectionen der Kerne oder Wurzeln der Augenmuskelnerven beschreiben, schweigen über den fascic. long. post.*) und so gibt es bis jetzt in der Literatur *keinen Fall von Degeneration dieses Bündels*. Verf. theilt im vorliegenden Artikel einen, im Laboratorium des Prof. Flechsig studirten Fall mit.

Makroskopisch wurde Folgendes constatirt: Erweichung in dem Abschnitte der linken ersten Schläfenwindung, welche dem sulcus temporal. super. unmittelbar anliegt und dem Theile der zweiten Schläfenwindung, welcher sich zwischen dem hinteren Ende des sulcus temporal. super. und sulc. occipitalis anter. befindet; erweicht ist gleichfalls die diesen Theilen anliegende weisse Substanz fast bis zur Aussenwand des Hinterhorns; die Arteria basilaris ist fast in ihrem ganzem Verlaufe aneurysmatisch erweitert und finden sich auf Schnitten beider Hemisphären und der Ganglien punktförmige Herde und sklerosirte Capillaren. Das linke Pulvinar ist deutlich atrophirt.

Mikroskopisch wurde ein Theil des Hirnstammes, angefangen von den hinteren Abschnitten der Sehlügel bis zum verlängerten Marke (vor der Pyramidenkreuzung) untersucht. Bei Durchmusterung von Schnittserien (Färbung nach Weigert — Pal) fand sich folgendes: Ueberall verstreute miliare Aneurysmen, frische und alte kleine Hämorrhagien (mit Erweichung des umgebenden Gewebes), erweiterte Capillaren, besonders in der linken formatio reticularis, längs der Raphe, in den Corpp. geniculat. int. et extern. und im Pulvinar. Recht bedeutende Erweichung sassen im Pons in seinen Querfasern, besonders rechts und an einigen Stellen der, den Aquaeductus auskleidenden grauen Substanz, die grössten frischen Blutaustritte fanden sich mehr rechts in den Pyramidenbahnen und im Bezirke zwischen den Oculomotorius- und Trochleariskernen. In Folge dieser zahlreichen Läsionen war kaum ein Fasersystem unversehrt geblieben, am meisten waren degenerirt die rechte centrale Haubenbahn (Bechterew und Flechsig), der inneren Theile des Lemniscus (im Bezirke der grossen Oliven), der linke Türk'sche Strang (äusserer Theil des Hirnschenkel-fusses) und der Fascic. long. poster., welcher, als besonders interessanter Fund, ausführlich beschrieben wird.

Auf Querschnitten unterhalb des Abducenskerns ist das betreffende linke Bündel unverändert, weder Erweichung noch Hämorrhagie; die Kerne und Wurzeln des Facialis, Abducens und Trigemini normal. Aber angefangen vom Abducensbezirk bemerkt man aufwärts bei starken Vergrösserungen einen kleinen Unterschied in der Färbung der innersten Bündel des Fascic. long. post., rechts sind sie schwächer

*) cf. Meyer, Arch. f. Psych. XIII p. 63. Westphal, Arch. f. Psych. XVIII. p. 846. In beiden Fällen war der F. l. p. unversehrt.

gefärbt, als links, doch war die Differenz so gering, dass sie möglicherweise nur durch nicht ganz symmetrische Schnitte hervorgerufen wurde. Deutliche Veränderungen beginnen plötzlich im Fascic. longit. post. auf Schnitten durch die obernen Theile der Brücken und zwar von der Stelle an, wo eine bedeutende beiderseitige Erweichung derjenigen Theile der centralen grauen Substanz auftritt, welche dorsalwärts beiden Fascic. long. post. anliegen, rechts ist die Erweichung stärker als links und dem entsprechend sind, im rechten Fascic. long. post. die meisten Fasern aufsteigend degenerirt, während links mehr unversehrte Fasern sich vorfinden; abwärts sind nur auf einer kurzen Strecke schwache Spuren von Atrophie zu bemerken. Aufwärts nimmt links die centrale graue Substanz bald ihr normales Aussehen an, doch finden sich noch ziemlich weit hinauf, entsprechend dem Fascic. long. post. einige atrophische Fasern; im Bereiche des Trochleariskerns bis zu seinen obersten Theilen erweist sich der F. l. p. fast normal. Rechts dagegen vergrößert sich die Erweichung des Höhlengraus' und ergreift zuletzt den rechten F. l. p. selbst in seinem ganzen Querschnitte; an manchen Präparaten fehlt seine Stelle ganz. Durch eine derartige Läsion erscheint der rechte F. l. p. stark degenerirt, doch treten, je weiter nach oben von der Läsion, immer mehr normale Fasern auf; doch erhält der F. l. p., am Trochleariskern angelangt nur theilweise seine normale Form wieder, der grösste Theil seiner Fasern, besonders im Centrum, bleibt entartet. Hier finden sich neue Läsionen: in der rechten centralen grauen Substanz, oberhalb des F. l. p. Erweichung und Atrophie derjenigen Zellen, welche zwischen den Kernen des Trochlearis zerstreut liegen und von einigen Nuclei aquaeducti genannt werden; dementsprechend finden sich im F. l. p. mehr aufwärts degenerirte Fasern. Auf Schnitten durch die obersten Theile des Nucleus trochlearis findet sich rechts eine ansehnliche Hämorrhagie in der centralen grauen Substanz, welche nur theilweise den Trochleariskern ergreift und nach oben zum rechten Oculomotoriskern, dessen unteren Theil lädirend, sich hinzieht. Auf der Höhe desselben findet sich wieder eine Erweichung in der centralen grauen Substanz, der rechte F. l. p. erweist sich auf dieser ganzen Strecke grösstentheils bedeutend entartet.

Der linke F. l. p. zeigte, wie schon gesagt, bis zu den vordern Grenzen des Trochleariskerns ein normales Verhalten, doch schon sich gleich oberhalb des Kerns in der centralen grauen Substanz, ein viel stärkerer Blutaustritt, als rechts; derselbe zieht sich bis zum linken Oculomotoriskern und liegt auf dieser ganzen Strecke dem linken F. l. p. dicht an; die Hämorrhagie endigt in der Anhäufung von Zellen, welche Westphal als lateralen Kern bezeichnet; in der Nähe des Blutaustritts finden sich alte Erweichungen. Von dieser Stelle an erscheint der linke F. l. p. plötzlich scharf degenerirt und verläuft so aufwärts. Im Zwischenraum zwischen dem Trochlearis- und Oculomotoriskern verstärkt sich der F. l. p. in den, der Raphe anliegenden Theilen und geht in Form eines Brückchens von einer Seite auf die andere Seite über. Diese mittleren Theile haben ein

normales Aussehen und zeigen eine annähernde Degeneration erst in der Mitte der erwähnten Hämorrhagie in der Richtung nach oben, wo endlich diese mittleren Fasern des F. l. p. ohne die Commissur zu erreichen, ganz verschwinden und theilweise ganz deutlich in die Trochleariswurzel übergehen. Verf. konnte an seinen Präparaten deutlich sehen, wie aus den, von Westphal beschriebenen Zellen feine Bündel herabsteigen, sich in der Raphe kreuzen und in die Meynert'sche fontainenartige Kreuzung übergehen. Dieser Uebergang eines ansehnlichen Theils des F. l. p. in den Haubenbezirk kann wahrscheinlicherweise einigermaßen die deutliche Verarmung desjenigen Theiles des Bündels erklären, welcher in die hintere Commissur übergeht.

Zum Schlusse resumirt Verf. folgendermassen:

1) Es fanden sich deutliche Veränderungen im F. l. p. nur dann, wenn dieser oder die anliegende graue Substanz mit den Nucl. aqueducti et Westphali oder der Trochlearis- und Oculomotoriuskern afficirt waren.

2) Die absteigende Degeneration ist im F. l. p. sehr schwach ausgeprägt, während die aufsteigende sehr deutlich und weit verbreitet sich erweist; sie endet auf der Höhe der vordern Abschnitte der Oculomotoriuskerne und erreicht die hintere Commissur nicht.

3) Im Jakowenk'o'schen Falle erwiesen sich nämlich: ein kleiner Theil des rechten Trochlearis- und beider Oculomotoriuskerne, die rechte Seite des Nucleus aqueducti, der linke Nucleus lateralis (Westphal) und einige Stellen der centralen grauen Substanz.

4) Von den Wurzeln waren bedeutend entartet: Die rechte (vor der Kreuzung), die linke (nach der Kreuzung) des Trochlearis und beide des Oculomotorius (in schwächerem Grade).

5) Nach jeder bedeutenderen Läsion des F. l. p. oder der oben erwähnten Kerne und des centralen Höhlengrau's degenerirt der Strang in aufsteigender Richtung in der Weise, dass die Entartung am stärksten in der Nähe der Läsion sich zeigt, weiterhin, ohne ganz zu verschwinden, rasch abnimmt.

J. zieht aus seinen Untersuchungen folgende anatomische Schlüsse:

1) In den Bestand des F. l. p. tritt unzweifelhaft eine Menge jener kurzen Fasern ein, welche die einzelnen Theile der grauen Substanz mit einander verbinden, welche den Aqueductus Sylvii auskleidet und, entsprechend ihrer geringen Länge, auch nur auf kurzen Strecken nach oben und unten degeneriren.

2) Der F. l. p. enthält ebenso unzweifelhaft lange Fasern, welche mit den Kernen und Wurzeln den Augenmuskelnerven zusammenhängen und nur aufsteigend degeneriren.

3) Diese aufsteigende Degeneration lässt den Schluss zu, dass im F. l. p. Fasern der oben erwähnten Kerne zu den weiter unten befindlichen Wurzeln der Nerven verlaufen*).

*) So nimmt z. B. Mendel eine Verbindung des Oculomotoriuskerns mit der Facialiswurzel an.

4) Diese Fasern sind entweder motorische, von den unterhalb liegenden Nerven kommende (z. B. vom Abducenskern zum N. trochlearis oder Oculomotorius, welche in diesem Falle aufsteigend degenerieren werden) oder sensible, centripetale*). Welcher Art aber diese letzteren sind, ist vorläufig nicht zu bestimmen.

5) Der Theil des F. l. p., welcher oberhalb des Oculomotoriuskernes in den centralen Abschnitt der hinteren Commissur übergeht, stellt keine directe Fortsetzung des unterwärts liegenden Abschnitts dar und besteht aus Fasern anderer Art. (cf. die Ansicht Darschewitsch's.)

(Ref. bedauert, dass die betreffende Krankengeschichte nicht mitgetheilt ist.) Hinze.

30) L. Greppin (Basel): Beitrag zur Golgi'schen Färbemethode der nervösen Centralorgane. (Arch. f. Psych. XX. 1. p. 222.)

Die vorläufigen Mittheilungen bilden eine Kritik des Golgi'schen Färbeverfahrens (Silbernitrat), die der Verf. mit der Modification anwandte, dass er das Nachhärten in Alkohol und Einschmelzen in Celloidin wegliess und dafür die Gehirnstückchen nach Durchtränkung mit Silbernitrat mittelst des Gefriermikrotom's zerlegte. Die Schnitte rollten sich in destillirtem Wasser sofort wieder auf und konnten dann beliebig weiter behandelt werden. Im Gegensatz zu andern Autoren der jüngsten Zeit (Kronthal) stimmt Greppin nicht unbedingt in das Lob des fraglichen Verfahrens ein. Er rühmt zwar die Golgi'sche Methode als „eine höchst anregende, interessante und fast mühelose Untersuchung“, die auf die einfachste Weise aus jedem in Müller'scher Flüssigkeit gehärtetem Gehirne sehr werthvolle Präparate darstellt. Sie eigne sich aber mehr für die *normale* Histologie, weil sie viel zu *wechselnde* und vom *Zufall abhängige* Bilder gäbe, als dass man daraus ohne weiteres auf *pathologische* Veränderungen schliessen dürfe. Viele äussere Umstände: die nach der Section verflossene Zeit, der Grad der Härtung, die Dauer des Einlegens in die reducirende Flüssigkeit, Zimmertemperatur u. s. w. könnten maassgebend auf den Ausfall des Präparates einwirken und zu bedenklichen Fehlerquellen werden. Als Beispiel wird aufgeführt der ausserordentliche Wechsel in der Masse der Spinnenzellen (die (so bei der Golgi'schen Färbung) oft ebenso zahlreich in paralytischen als in normalen Gehirnen gefunden wurden. Greppin ist sogar geneigt der Ansicht von Klebs beizupflichten, welche die Spinnenzellen als ein Saftkanalsystem hinstellt. „Pathologische“ Veränderung von Ganglienzellen fand Gr. sowohl in der II. Stirnwindung von Paralytikern als von Geistesgesunden! Die Veränderung beruhte demnach wahrscheinlich auf einer mangelhaften Reduction der Zellenelemente durch das Silbernitrat. — Auch war es

*) Dieses würde der jetzt allgemeinen Auffassung des F. l. p. als motorisches System widersprechen.

bei der atrophischen Windung (orbitalis dexter) eines Paralytikergehirns möglich weit mehr Fortsätze einer Ganglienzelle darzustellen als die Golgi'sche Abbildung einer „Normalzelle“ aufwies. — Schliesslich geht aus den angeführten Untersuchungsprotokollen Greppin's hervor: dass die quantitative Intensität der Färbung im Allgemeinen sehr verschieden ausfiel; einerseits blieben ganz beliebig grosse Parthieen ungefärbt, und andererseits wurden die Präparate nicht selten durch (in Niederschlägen bestehende) Kunstproducte in ganz unregelmässiger Weise verunstaltet. —

Mehrere auf photographischen Aufnahmen beruhende Abbildungen bestätigen die Befunde des Verfassers. Langreuter.

31) **Maryan Kiewlicz** (Strassburg): Ein Fall von Myelitis transversa, Syringomyelie, multipler Sklerose und secundären Degenerationen. (Arch. f. Psych. XX. 1. p. 21.)

Sturz eines 22 jährigen Bauernburschen aus beträchtlicher Höhe im Sept. 84. Nach etwa 3 Monaten die ersten Rückenmarkssymptome, bestehend in Incontinenz des Mastdarms und der Blase. Nach sehr protrahirtem, schwankendem Verlauf Tod im Febr. 1887. Nach den chronologischen Einzelheiten des klinischen Bildes sowie nach den verschiedenen Stadien der pathologischen Processe beim Sectionsbefund hat Verf. folgende Auffassung der Sachlage: Gleich in Folge des Trauma's entstand die Syringomyelie, welche zuerst im Halsmark auftrat. Nach drei Monaten entwickelte sich allmählich die Myelitis transversa mit den darauf folgenden secundären Degenerationen und wahrscheinlich in den letzten Monaten des Lebens trat die multiple Sklerose hinzu. Das Krankheitsbild war im Allgemeinen das einer Myelitis transversa. Die auffallende Combination so vieler verschiedener Erkrankungen rechtfertigt die genaue pathologisch-anatomische Schilderung des Verfassers. Seine Befunde vergleicht er in eingehender Weise mit den bisherigen Ergebnissen der Literatur. Bezüglich dieses sehr interessanten, mehr polemischen Theiles sei auf das Original verwiesen. Von den objectiven Untersuchungsergebnissen sind folgende die wichtigsten: Von den im Ganzen 15 sklerotischen Herden betreffen drei das Grosshirn und zwar liegen zwei in der weissen Markmasse (1 etwas aussen vom Pes hippocampi und 1 nahe unter den Centralwindungen links) und einer im Vorderhorn des linken Ventrikels. Hirnschenkel völlig normal. — Ein Herd im Mitteltheil der Brücke dicht unter der Oberfläche, und einer im Uebergangstheile zwischen Pons und Medulla. Diese Herde sind etwa Kirschkern gross. — In der Med. oblongata: 1 Herd am Ursprung des linken Acusticus den Nucleus accessorius desselben umfassend. Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahn beiderseits. Weil zugleich eine hochgradige Zerstörung der Clarke'schen Säulen im Gebiete vom 9. Dorsal- bis 4. Lumbalnerven vorhanden war, wird die Annahme anderer Autoren von dem Ursprunge der Fasern der Kl.-H.-S.-Strang-Bahn aus den Clarke'schen Säulen bestätigt. Im Cervikalmark bestehen an verschiedenen

Höhen ausserordentliche Differenzen in der Grösse der compacten Bündel. Die Funiculi graciles sind degenerirt. Pyramiden vollständig normal.

Im Rückenmark von der Pyramidenkreuzung bis zum 8. Dorsalnerven Erkrankung der grauen Substanz mit höhlenartiger Erweiterung des Centralkanals, Degeneration der Kleinhirn- und Pyramiden-seitenstrangbahnen. — Vom 8. Dorsal- bis zum 4. Lumbalnerven Erkrankung des ganzen Rückenmarksquerschnittes. Bemerkenswerth war der hohe Grad der hyalinen Gefässdegeneration.

Im unteren Abschnitte vom 4. Lumbalnerven bis zum Filum terminale: Fortsetzung der Centralerkrankung der grauen Substanz. Degeneration der Pyramiden-seitenstrangbahnen. Im Gebiete des 2. Sacralnerven war an einer Anzahl von Schnitten die rechte Pyramidenbahn etwa $2-3 \times$ grösser als an andern Schnitten derselben. Höhe und im Gebiet des 5. Sacralnerven war sie grösser als im Bereiche des 2. — trotz der naturgemässen absteigenden *Verschmälierung* der Pyramidenbahnen. Verf. erklärt dies auffallende Verhalten durch die verschiedenen Steigungswinkel der Fasern, je nach welchen der Horizontalabschnitt sie mehr quer oder mehr längs traf. — Hervorzuheben ist ferner die Infiltration des sclerotischen Gewebes im Gebiet der secundären Degeneration mit epitheloiden Zellen, welche die adventitiellen Gefässräumen füllten. Analoge Erscheinungen sind in der Literatur bekannt. Die disseminirten Herde erstrecken sich bis in den untersten Theil des Rückenmarks.

Langreuter.

32) Ludwig Meyer (Göttingen): Ueber Intentionspsychosen.

(Arch. f. Psych. XX. 1. p. 1.)

Bericht einer Anzahl interessanter — bisher gewöhnlich unter dem Namen *Zwangsvorstellung* und *Zwangshandlung* in der Literatur aufgeführter — Fälle, für welche der Verf. die Bezeichnung „*Intentionspsychosen*“ wählt, weil die Gelegenheitsursache gewöhnlich durch „die krankhaft gesteigerte Aufmerksamkeit (Intentio) auf eine gerade vorhandene Wahrnehmung“ gegeben wird, und gerade diese Beziehung dem Beobachter wie dem Patienten selbst zunächst am meisten auffällt.“ — Das Wesentliche der Krankheitsgeschichten sei im Folgenden wiedergegeben:

Ein juristischer *Beamter* aus *gesunder Familie*, früher an einer vorübergehenden Melancholie leidend, gerieth in einen Zustand von hochgradiger *nervöser Aufregung* als er während einer Verhandlung nach Dictat ein Protokoll gleichgültigen Inhalts zu schreiben im Begriff war. Später stellten sich diese Anfälle bei Gelegenheit jeden Protokollirens ein und schliesslich, wenn der Pat. überhaupt nur etwas in Gegenwart Anderer schrieb. Endverlauf unbekannt. —

Ein *hereditär belasteter*, geistig überangestrenzter *Student* der Philologie acquirirte *Anfälle von Herzklopfen* die während des Studirens in den Vormittagsstunden auftraten. Der nächste trat immer ein bei Erinnerung des vorhergehenden. — Mit der Zeit nahmen diese

Zustände den Character des *Höhenschwindels* mit und schliesslich ohne äussere Veranlassung an. Heilung durch eine Alpentour. —

Auftreten von *Höhenschwindel* im Beginn einer *progressiven Paralyse* bei einem von Jugend auf an Arbeiten in grösserer Höhe gewöhntem Zimmermann. —

Höhenschwindel bei drei in verschiedenem Grade *psychopathischen Predigern* beim Betreten der Kanzel auf der sie bereits viele Jahre ohne jede Störung gewirkt hatten. (Bei einem der Patienten ebenfalls „Wegeschwindel;“ bei den anderen verallgemeinerten sich zuletzt die Anfälle auf beliebige Situationen). —

Ausgesprochene „*Platzangst*“ bei einem Subalternbeamten mit alkoholistischen Erregungszuständen und bei einem hypochondrischem nervösen höherem juristischem Beamten. In letzterem Falle waren hauptsächlich die *gepflasterten Plätze* die veranlassenden Momente. —

Kaum widerstehlicher *Trieb* bei einem erblich *belasteten Kaufmann* seinem Kinde den Hals abzuschneiden. Besserung nach Aufenthaltswechsel.

Mord seines Kindes seitens eines an Paranoia leidenden Landmannes. Nachdem das gerichtliche Verfahren niedergeschlagen war, dauernder Irrenanstaltsaufenthalt des Patienten. —

Triebartige *Zerstörungswuth* (gegen zerbrechliches Geschirr) bei einem 12 jährigen epileptischem Idioten. — Die nun folgenden Fälle von unwiderstehlichem *Impetus sexualis*, „der in der Form seiner Entäusserung lediglich den Gesetzen der Intention folgte“, stehen wohl mit der oben referirten Casuistik von reinen Zwangsvorstellungen und *Zwangshandlungen* in etwas losem Zusammenhange, weil hier das mächtige Moment eben des *Impetus sexualis* als etwas *Selbstständiges* hinzutritt.

Ein Lehrer verfolgte *päderastische Neigungen* mit grosser Hartnäckigkeit und war andererseits bestrebt die eigenen Posteriora durch beständiges Andrücken an die Wand vor päderastischen Angriffen zu schützen —

Bei einem intelligenten von Jugend auf zu *Wahnideen neigenden Gutsbesitzer* knüpften die periodisch auftretenden *päderastischen* und *sodomitischen Erregungszustände* an den zufälligen Anblick ähnlichen Gebahrens bei männlichen Thieren. —

Häufig wiederkehrende Entblössung der Geschlechtstheile seitens eines Gymnasiallehrers in Folge *urplötzlich erwachender heftiger libido* beim Anblick von Frauenspersonen oder Knaben. —

Sexuelle Erregungszustände bei einem erblich belasteten jungen Gelehrten, die sich durch unwiderstehliche Neigung die *Kleider weiblicher Diensthoten zu tragen*, äusserten. —

Der *forensische Standpunkt* des Verf. gegenüber diesen Intensionspsychosen („psychische Shockanfälle“) ist mit Recht ein individualisirender. Der Verf. warnt davor, derartige perverse Anfälle und Ausbrüche ohne Weiteres und aus keinem anderen Grunde als dem des Widerspruchs mit dem gesammten Verhalten und dem Character in das Gebiet des Pathologischen zu verweisen. Langreuter.

33) **E. Schütze** (Osnabrück): Heilung einer Manie unter dem Einfluss von Rachendiphtherie. (Arch. f. Psych. XX. 1. p. 280.)

Eine erblich belastete 27 jährige Gutsbesitzerstochter erkrankte Anfang Juni 1886 an einer etwas atypischen Manie mit grosser motorischen Unruhe, Ideenflucht vereinzelt Sinnestäuschungen u. s. w. welche in einigen Schwankungen verlief und nach einem halben Jahre einen prognostisch bedenklichen Charakter angenommen hatte (grosse Neigung zu Unreinlichkeit). Am 14. Januar 1887 acquirirte Pat. eine Rachendiphtherie mit heftigem Fieber, wurde mit Beginn der Entfieberung (nach 10 Tagen) plötzlich ruhiger und war nach einigen Wochen vollkommen genesen. Kein Recidiv. — Verf. entwickelt die ätiologische Seite des Gegenstandes eingehend an der Hand der bereits mächtig angeschwollenen bezüglichlicher Literatur von Hippokrates und Hei n r o t h bis zu K r a e p e l i n und pflichtet schliesslich denjenigen Autoren bei, welche das Hauptgewicht auf die durch das Fieber bewirkte Erhöhung des Stoffumsatzes (in anderen Organen und) im Gehirn legen.

L a n g r e u t e r.

34) **George H. Savage** (London): The mechanical restraint of the insane. (Der mechanische Restraint der Geisteskranken.)

(The Lancet 12. Octb. 1888.)

S. erklärt den ihm desshalb gemachten Vorwurf, dass er sich bei der Behandlung psychischer Störungen der Zwangsmittel bediene, für einen unberechtigten und weist zu seiner Rechtfertigung auf die von ihm in Anwendung gezogenen Mittel hin.

Dieselben bestehen zunächst in dem Gebrauche weicher mit dickem Wollenstoff ausgefütterter Handschuhe, die, durch ein Band und einen Schraubenknopf um die Handgelenke des Kranken befestigt, es ermöglichen, demselben ein grösseres Maass von Freiheit zu gestatten und ihn und seine Umgebung vor Verletzungen zu schützen.

Einen gleichen und noch grösseren Vortheil gewähren sodann mit Flanell gefütterte aus einem starken Stoffe angefertigte Kleider, die so eingerichtet sind, dass die Hände entweder in die unteren Enden der verschlossenen Aermel oder in zu beiden Seiten angebrachte Taschen zu liegen kommen; einen grösseren Vortheil desshalb, weil der Kranke seine Kleider nicht zerreißen, event. nicht onaniren kann und gewöhnlich, da er sein Vorhaben vereitelt sieht, alsbald in einen ruhigen Schlaf verfällt.

Hiernach wäre es ein Unrecht, auf obige Mittel zu verzichten, eine Anschauung der auch J e l l o w l e e s zustimmt, wenn er sagt, nicht der Non-Restraint, sondern eine humane auf die Wiederherstellung der Gesundheit gerichtete Behandlung ist es, welche zum Wohle der Irren gereicht.

P a u l i.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

I. Académie de médecine zu Paris.

Sitzung vom 4. u. 11. Septbr. u. 30 Octbr. 1888. (Le Progrès médic. 1888. 37, 44.)

35) **Pamponkis** (Athen) verliert seine im Vereine mit **Dastre** gemachten Versuche: *Ueber Vertige marin*. Die durch Rotation und Translation bei Thieren verursachten Lageveränderungen haben bedeutenden Einfluss auf die Baueingeweide, die trotz der Anheftung durch das Peritonäum in Bewegung gerathen und gegen das Diaphragma und die vordere Bauchwand gestossen werden. Hierdurch werden in Folge Reizung sensibler Nerven direct oder indirect bemerkenswerthe Wirkungen hervorgerufen, die in dem Rythmus der Bewegungen sich anpassenden Contractionen bestehen, die das Bestreben haben, die Bewegungen der Eingeweide zu beschränken. Diese Bewegung verursacht Zerrungen der Nerven des Mesenteriums und Druck auf sensible Nerven. Es liegt nun nahe anzunehmen, dass die Pacini'schen Körperchen, die sich im Mesenterium finden, genau jeden einzelnen Druck sammeln und in die motorische Sphäre überleiten.

Durch Compression des Leibes vermittelt Binden lassen sich die Stösse gegen die Bauchwand mindern, gegen das Diaphragma aber bestehen sie fort. Daher stammen die unvermeidlichen Modificationen im Rythmus der Respiration.

36) **Richelot** spricht: *Ueber die infectiöse Natur des Tetanus* und theilt einen Fall mit, in dem die Contagion ausser Zweifel steht. Von zwei ovariotomirten jüngeren Frauen starb die eine an Tetanus. Wenn nun auch für diese die Ursache dunkel sein kann, so nimmt er doch für die zweite, die einige Tage nach dem Tode der ersten auch an Tetanus erkrankte, die Contagion als erwiesen an.

37) **Charcot** verliert eine Arbeit von **Lannegrace** (Montpellier): *Ueber homonyme Hemiopie und gekreuzte Amblyopie*. Die homonyme Hemiopie ist die Folge einer directen Läsion des sensoriellen Apparates hinter der Halbkreuzung im Chiasma. Die gekreuzten Opticusfasern verbreiten sich nach ihrem Austritt aus den Sehhügeln über eine beträchtliche Strecke der Convexität der Rinde vom Occiput bis nach vorne zur motorischen Region, das Gros der Opticusfasern concentrirt sich im Hinterhauptslappen, der Rest zerstreut sich in den vorderen Parthien der Rinde. Die Zone der Hemiopie ist folglich sehr ausgedehnt, hat aber ihren Hauptsitz im Occiput. Die Sehzellen der Rinde können sich bis zu einem gewissen Grade vertreten; die Rückkehr des Sehvermögens bis zu einem gewissen Grade fand so nach mehreren Monaten bei einem Affen statt nach völliger Zerstörung der beiden Occipitallappen und beider Gyri angulares. Zerstört eine Läsion die ganze optische Leitung hinter der Halbkreuzung (Tractus, Sehhügel und Nachbarschaft), so ist die Hemiopie vollständig.

Wird durch die Läsion nur ein Theil der Endaparate (corticale Läsion) betroffen, so nimmt die Hemiopie einen besonderen Charakter

an; das centrale Sehen ist erhalten. Die Amblyopie ist die nothwendige Begleiterin einer Sehstörung der ocularen Sensibilität; sie ist wahrscheinlich das Resultat einer Ernährungsstörung der Retina, die durch eine Läsion des sensitiven ocularen Apparates hervorgerufen wird. Dieser erfährt in der Höhe des Pons eine totale Kreuzung; trifft ihn im centralen Theil eine Läsion, so muss die Amblyopie gekreuzt sein. Das sensitive Sehnervenfaserbündel liegt vereinigt im hinteren Abschnitt der inneren Kapsel, dicht beim Opticusfaserbündel.

Zieht eine Läsion in dieser Gegend diese Nervenstränge — den sensoriiellen oder den sensitiven — in Mitleidenschaft, entweder isolirt oder beide zusammen, so wird sie entweder gekreuzte Amblyopie oder homonyme Hemioipie oder eine Verbindung beider Störungen zur Folge haben. Beim Austritt aus der Kapsel scheint das sensitive Bündel sich nach der Frontoparietalgegend — speciell nach dem oberen Scheitelläppchen — auszubreiten. Die oculo-sensitive Zone, die Zone der Amblyopie würde also in die vordere Parthie der visuellen Zone, die Zone der Hemioipie hinübergreifen. Eine corticale Läsion, die beide Zonen an ihrer beiderseitigen Berührungsgrenze trafe, würde zu gleicher Zeit Amblyopie und Hemioipie zur Folge haben, die letztere kann indessen fehlen auf Grund der gegenseitigen Vertretung der Sehzellen.

38) Verneuil macht Mittheilung: *Ueber die infectiöse Natur des Tetanus und seine Uebertragung auf den Menschen.*

Die Art der Uebertragung scheint nur durch directen oder indirecten Contact zu Stande zu kommen. Fälle von unmittelbarer Contagion sind nicht bekannt; dagegen sind solche von unmittelbarer Contagion schon häufig beobachtet worden, wenn es auch bisweilen sehr schwierig ist, die einzelnen Zwischenglieder zu ermitteln.

Holtermann.

II. Société de chirurgie zu Paris.

Sitzung vom 10. October 1888. (Le Progrès médical 1888. 41.)

39) Terrillon berichtet: *Ueber einen Fall von Kopftetanus* nach einer Beobachtung von Charcot. Ein Mann erhielt von einem Pferde einen Schlag in die rechte Kiefergegend; war 6 Stunden bewusstlos. 5 Tage lang normaler Verlauf, am 6. Abends Fieber, am nächsten Tage rechtsseitige Facialisparesie, fieberfrei. Am 8. Tage allgemeine spastische Erscheinungen mit Trismus; schon Berührung der Wunde ruft sehr schmerzhaft Convulsionen hervor. Am 11. Tage Asphyxie, Tod. Die Section förderte nichts Besonderes weder im Gehirn noch an den Nerven zu Tage.

Holtermann.

III. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 20. Octbr, 3. u. 10. Novbr. 1888. (Le Progrès médical 1888. 43, 46.)

40) Kaufmann hat Versuche: *Ueber das Verschwinden der Erregbarkeit des Nervus ischiadicus beim Frosche* nach einer um den Schenkel gelegten Ligatur gemacht, welche den Nerven frei liess. Er kam zu dem

Resultat, dass die motorische Erregbarkeit in diesen Fällen in der Richtung vom Centrum nach der Peripherie, die sensible Erregbarkeit jedoch segmentweise in umgekehrter Richtung schwinde.

Brown-Séquard hat nachgewiesen, dass Unterdrückung der Circulation eines Gliedes auch Unterdrückung der nervösen Erregbarkeit nach sich ziehe; die Ursache liege in der mangelnden Ernährung der Nervenäste mit Blut.

Kaufmann widerspricht dieser Ansicht, da die oberste Parthie des Nerven, die noch vom Blutstrom umspült werde, zuerst die Functionsfähigkeit einbüsse. Es handle sich vielleicht einfach um eine Inhibitionswirkung des motorischen Nerven auf sich selbst.

41) Féré spricht: *Ueber den zeitlichen Eintritt der epileptischen Anfälle.* Er hat auf seiner Abtheilung in Bicêtre während 3 Monate bei 1985 epileptischen Anfällen genau Zeit und Stunde notiren lassen, um zu erfahren, ob die bewegten Anfälle mit Vorliebe zu bestimmten Tageszeiten sich einstellten. Aus dieser Statistik geht hervor, dass Abends gegen 9 Uhr einerseits und Morgens zwischen 3 und 5 Uhr andererseits starke Vermehrung der Anfälle statt hatte. Da diese nun gerade in die Zeit nach dem Zubettegehen resp. vor dem Aufstehen fällt, also in die Zeit der hypnagogischen Hallucinationen, so wäre ein Zusammenhang zwischen den letzteren und der grösseren Häufigkeit der Anfälle nicht undenkbar.

Brown-Séquard, der eine gleiche Statistik führte, fand, dass die Anfälle am häufigsten vor dem Erwachen auftraten; andererseits aber, wenn die eingeschlafenen Individuen erwachten und von Neuem einschliefen, fand eine Vermehrung der Anfälle während dieses zweiten Schlafes statt.

Holtermann.

IV. Société médicale des Hôpitaux zu Paris.

Sitzung vom 9. November 1888. (Le Progrès médical 1888. 46.)

42) Marie spricht: *Ueber Hysterie bei Schwefelkohlenstoffarbeitern.* Votr. hat zwei Fälle hysterischer Hemiplegie bei Arbeitern beobachtet, die in einer Schwefelkohlenstofffabrik beschäftigt waren: Es bestand totale Anaesthesia, die durch eine die Wurzel des Penis umkreisende Linie begrenzt war; ferner bestanden Störungen in verschiedenen Sinnesorganen, Anaesthesia der Cornea, Einengung des Gesichtsfeldes etc. Die Motilität ist gleichmässig betroffen, die Lähmung betrifft das ganze Glied, niemals bestimmte Muskelgruppen oder das Gebiet eines bestimmten Nerven; hémispasme-glosso-labié war häufig. Zuweilen waren Convulsionen, wahre hysterische Krisen mit eigenthümlicher Aura, die im Hodensack localisirt wird; letzteres scheint charakteristisch für die bei Schwefelkohlenstoffarbeitern auftretende Hysterie zu sein, ist auch von diesen gekannt.

Holtermann.

Petersburg, den 10. December 1888.

Hochgeschätzter Herr College!

In meinem Referate über die Minor'sche Arbeit (1888 Nro. 23) haben sich durch meine Schuld einige Ungenauigkeiten eingeschlichen, welche ich hiermit richtig stelle.

- 1) In Fall VIII ist die Lues erst $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Geburt des ersten Kindes durch das zweite auf die Mutter übertragen worden.
- 2) Zeile 6 von unten auf pag. 698 muss es heissen *nur im I. Falle* und nicht im 8.
- 3) pag. 699, Zeile 19 von unten muss es heissen: 1) an Nervenkrankheiten werden *gleich häufig* (nicht am häufigsten) Tabes und progressive Paralyse gefunden.
- 4) pag. 701, Zeile 9 von oben anstatt nur 1 Tabiker — *kein einziger Tabiker*.

Mit collegialem Grusse

Dr. Hinze.

Erster Jahrgang (1878) des Centralblattes.

Der Neudruck des ersten Jahrganges (1878) unseres Centralblattes ist vollendet. Vollständige Exemplare sind zum Preise von M. 8 durch jede Buchhandlung oder direct von dem unterzeichneten Verleger zu beziehen.

Leipzig, Neujahr 1889.

Theodor Thomas.

**Um Einsendung von Separat-
Abdrücken, Dissertationen, Ver-
einsberichten u. s. w. an den Heraus-
geber wird freundlichst gebeten.**

Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrasse 28).

Krauslich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. Februar 1889.

Nro. 3.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber reflectorische Pupillenstarre. Von Dr. E. Heddaeus in Essen a. d. Ruhr.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

1. Verein für innere Medicin zu Berlin. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Litten: Monoplegie durch Kohlenoxydvergiftung.

Renvers: Pneumococcen im Rückenmark bei Cerebrospin. Meningitis.

2. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Von Dr. König in Dalldorf.

Kronthal: Zur experimentellen Physiologie des Rückenmarks. (Autorreferat.)

Westphal: Ueber Augenmuskellähmung.

Sperling: Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Dystrophia musculorum progressiva.

Uhthoff: Ueber multiple Hirnnervenlähmung bei Syphilis. (Krankenvorstellung).

3. Berliner medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Virechow: Vorstellung eines Falles und eines Skeletts von Akromegalie.

III. Referate und Kritiken. Bechterew und Milawski: Die Centren für die Bewegungen der Blase im Gehirn. Danillo: Ueber das Verhältniss der Occipitallappen neugeborener und junger Thieren zu den Augenbewegungen. (Aus dem klinischen Laboratorium des Prof. Mierszejewski.) Vorläufige Mittheilung. Oppenheim: Die traumatischen Neurosen. Knapp: Traumatische Neurosen. Charcot: Die Eisenbahn-Unfälle. O'Connor: Urticaria. Auld: Die Ursache des Crampus. Gnauck: Ueber das Verhalten von Neurosen nach gynäkologischen Operationen. Jamot: Ein schwerer Fall von Epilepsie. Heilung durch Kalium bromatum. Remy und Villar: Tetanus und Faciallähmung. Savage: Geistige Störung bei Verlobten. Norman: Grübelsucht. Bryan: Ein Fall von acuter Manie complicirt mit Hernia incarcerata und abnormen Temperaturen. Turner: A case of post-febrile mental stupor or acute dementia. Hughes: A case of general paresis. Arndt: Ueber das Othämatom. Clark: Beziehung der Geisteskrankheiten zu den Geschlechtsfunctionen. Jörger: Das inducirte Irresein.

IV. Tagesgeschichte. Aus Wien. Aus Bonn. Aus Wiesbaden. Aus Sachsen.

I. Originalien.

Ueber reflectorische Pupillenstarre.

Von Dr. E. HEDDAEUS in Essen a. d. Ruhr.

Zu dem gleichlautenden Artikel von Moebius in Nro. 23 dieses Centralbl. vom vorigen Jahre erlaube ich mir Folgendes zu bemerken:

Der Gedankengang meiner Arbeit über „Reflexempfindlichkeit, Reflextaubheit und reflectorische Pupillenstarre“ in Nro. 17 und 18 der Berl. klin. Wochenschrift von 1888 war etwa folgender:

Unter *Reflexempfindlichkeit*, RE, (Gegensatz: Reflextaubheit, RT) verstehe ich die Fähigkeit eines Auges, einen Lichtreiz den Centren für den Pupillarreflex zuzuleiten. Das Auge besitzt diese Fähigkeit wahrscheinlich vermöge besonderer, von den eigentlichen Sehfasern verschiedener Nervenfasern, der centripetalen Pupillenfasern.

Bei *einseitiger RT*, wie wir sie z. B. bei Sehnervenatrophie nach Embolie der Centralarterie beobachten, sind die Pupillen gleichweit und bewegen sich gleich gut, wenn man beide Augen abwechselnd verdunkelt und erhellt, ebenso, wenn man das gesunde Auge allein wechselnder Beleuchtung aussetzt, während bei Lichteinfall in das kranke, reflextaube Auge jede Pupillenbewegung vermisst wird. Accommodativ reagieren wiederum beide gleich gut.

Hingegen bei *einseitiger reflect. Pupillenstarre* sind die Pupillen verschieden weit; beim wechselnden Verdunkeln und Erhellen beider Augen sowohl wie jedes einzelnen Auges reagirt immer nur die eine, normale Pupille, während die andere, reflectorisch starre, unverändert bleibt; mit der accommodativen Convergencebewegung reagieren beide.

Einseitige RT und *einseitige refl. Pupillenstarre* sind demnach grundverschiedene Dinge. Folglich müssen auch *beiderseitige RT* und *beiders. reflect. Pupillenstarre* auseinander gehalten werden. Während nun aber einseitige RT und einseitige reflect. Starre nicht miteinander verwechselt werden können, sind beiders. RT und beiders. refl. Starre einander so ähnlich, dass die Unterscheidung beider schwierig, oft vielleicht unmöglich ist. Sowohl durch Summierung von linksseitiger RT plus rechtsseitiger RT als auch durch Summierung von linksseitiger refl. Starre plus rechtsseitiger refl. Starre entsteht nämlich folgender Zustand: Beide Pupillen reagieren nicht beim wechselnden Verdunkeln und Erhellen beider Augen, reagieren wohl mit jeder Convergencebewegung. Daraus folgt: Wo immer wir diesem Symptomencomplex — bds. mangelnde Lichtreaction bei erhaltener Convergence reaction — begegnen, da haben wir die Verpflichtung, die Differentialdiagnose zu stellen zwischen RT beider Augen und refl. Starre beider Pupillen, oder aber, wenn dies unmöglich ist, uns mit einfacher Aufzählung der Symptome — „bds. mangelnde Lichtreaction bei erhaltener accommodativer Reaction“ nebst näheren Angaben über die Weite der Pupillen bei entspannter und bei angespannter Accommodation, sowie über die Geschwindigkeit des Ablaufs der accommodativen Bewegung — zu begnügen. Bisher hat man das nicht gethan, sondern man hat stets frischweg „reflectorische Pupillenstarre“ diagnosticirt.

Unter diesem Namen hat man die verschiedenartigsten Zustände zusammengefasst. Die Pupillen mochten eng oder weit sein, die acc. Reaction mochte leicht und ausgiebig oder schwer und träge erfolgen, sofern sie nur trotz mangelnder Lichtreaction erhalten war, so war man schnell fertig mit der Diagnose „reflectorische Starre“. Wenn Möbius sagt: „Bei der wirklichen reflectorischen Pupillenstarre ist die Pupille bei Lichteinfall vollkommen unbeweglich, bewegt sich bei Convergence vollkommen rasch und ausgiebig“, so muss er wohl für die Fälle, in

denen bei mangelnder Lichtreaction nur eine *trüge* Convergenzreaction erhalten ist, noch einen anderen Namen haben; denn dass es, auch bei Tabes, solche Fälle *gibt*, lässt sich doch nicht weglegen; zwischen ihnen und den Fällen von absoluter Pupillenstarre, denen man ebenfalls bei Tabes oft genug begegnet, ist nur ein gradueller Unterschied.

Aus der Gesamtheit der Fälle von „bds. mangelnder Lichtreaction bei erhaltener acc. Reaction“ lassen sich meines Erachtens diejenigen leicht ausscheiden, welche durch bds. Zerstörung der cp. Pupillenfasern entstanden sind. Dieselben bilden eine wohlcharacterisirte Gruppe für sich und zeigen — sofern keine Complication vorliegt — folgendes typische Bild: die Pupillen sind gleichweit, bedeutend über mittelweit (soweit wie bei gleichalterigen Gesunden im Dunkeln), reagiren auf Licht nicht, mit jeder Convergenzbewegung dagegen vollkommen rasch und ausgiebig. Dieses Krankheitsbild bleibt dasselbe, mag der Sitz der Zerstörung der cp. Pupillenfasern peripher vom Chiasma in den Nervis opticis oder im Chiasma selbst, oder central von diesem, zwischen ihm und dem Nucleus pupillaris n. III. gelegen sein. Das ist unbestreitbar und unbestritten.

Wie nennen wir aber das geschilderte Krankheitsbild? Darüber gehen die Meinungen auseinander und werden wohl so lange auseinandergehen, bis wir den Weg der cp. Pupillenfasern zwischen Chiasma und Oculomotoriuskern genau kennen. Durch Zerstörung eines Nervus opticus (peripher von Chiasma) entsteht zweifellos RT des zugehörigen Auges, also durch Zerstörung beider Nervi optici: Reflextaubheit beider Augen. Bezüglich des Verlaufes der cp. Pupillenfasern central vom Chiasma habe ich bisher¹⁾ nur zwei Möglichkeiten ins Auge gefasst:

1) dass die cp. Pupillenfasern jeder Seite — wie Bechterew will — vom Chiasma aus ungekreuzt zu ihrem Kern ziehen. Dann muss einseitige Durchtrennung derselben wiederum einseitige, und beiderseitige Durchtrennung beiderseitige RT zur Folge haben.

2) dass die cp. Pupillenfasern im Chiasma eine derjenigen der Sehfasern analoge Halbkreuzung eingehen.²⁾ Dann entsteht durch einseitige Zerstörung derselben: Reflextaubheit der gleichseitigen Netzhauthälfte beider Augen, also durch beiderseitige Zerstörung derselben: Reflextaubheit aller vier Netzhauthälften oder wiederum RT beider Augen.

Demgemäss glaubte ich dem in Rede stehenden Krankheitsbild auf alle Fälle den Namen: „*Beiderseitige Reflextaubheit*“ beilegen zu müssen. Nun sucht Möbius an der Hand seines Schema's (w. s.) zu beweisen, dass auch einseitige reflectorische Pupillenstarre durch Läsion der cp. Pupillenfasern entstehen könne. Ist das richtig, so hat er allerdings bei einer beiderseitigen Zerstörung der cp. Pupillen-

¹⁾ Heddaeus, die Pupillarreaction auf Licht, ihre Prüfung, Messung und klinische Bedeutung. Wiesbaden 1886. Schema S. 3, Text S. 49 und S. 74.

²⁾ Vergl. das Schema von Magnus, klin. Monatsbl. f. Augenh. 1888, Juli und meine „Bemerkung dazu“ *ibid.*, October.

fasern in unmittelbarer Nähe der Kerne (bei $X_1 + X_2$ im Schema) die *Wahl*, ob er den daraus resultirenden Folgezustand als bds. RT oder als bds. refl. Pupillenstarre bezeichnen will. Diese Wahl dürfte ihm in den meisten Fällen recht schwer werden. Eine bds. Läsion bei y giebt auch nach M. immer: bds. RT.

Es ist mir nicht bekannt, welche anatomischen Data zu Gunsten der von M. angenommenen Verlaufsweise der cp. Pupillenfasern sprechen — jedenfalls hat die Annahme *zweier* Krankheitsherde zur Erklärung eines Krankheitssymptoms immer etwas missliches — ; zudem scheint es doch wohl noch fraglich, ob zwingende klinische Gründe zur Aufstellung einer solchen Hypothese vorliegen.

Wenn einseitige refl. Starre in der von M. gezeichneten Weise zu Stande kommt, so müsste die davon betroffene Pupille sich in jeder Beziehung so verhalten wie eine Pupille bei RT beider Augen. Sie müsste bei Tageslicht bedeutend über mittelweit sein (s. o.) und müsste mit jeder Convergenzbewegung der Augen *spielend leicht*, rasch und ausgiebig reagieren, leichter sogar und ausgiebiger als die andere, normal bewegliche Pupille.

Ob der von Möbius, wie es scheint aus dem Gedächtniss referirte, Fall diesen Bedingungen entspricht, vermag ich nicht zu beurtheilen. Die von M. versuchte Deutung widerspricht aber so sehr unserer gewohnten Anschauungsweise, dass ich meine Bedenken dagegen nicht unterdrücken kann.

Die Pupillen waren ungleich; beim wechselnden Verdunkeln und Verhellen beider Augen reagierte nur die rechte; die linke, als die weniger bewegliche, war also die pathologisch veränderte von beiden; sie war — im Vergleich zu der normal beweglichen rechten — erweitert, zugleich reactionslos bei wechselnder Beleuchtung beider Augen. Dabei denkt jeder zunächst an Sphincterlähmung und an nichts weiter. Einseitige Sphincterlähmung ist nach Alexander¹⁾

1) in den überwiegend meisten Fällen syphilitischer Natur.

2) Sie gehört zu den spätesten Symptomen der Syphilis, gewöhnlich waren die früheren Symptome leichter und schnell vorübergehender Natur.

3) Die Affection an sich ist unheilbar.

Das stimmt Alles wie angegossen zu dem Fall von Möbius. Gegen Sphincterlähmung spricht in demselben nur die erhaltene accommodative Pupillarreaction, aber nicht unbedingt. Auch in den beiden von mir²⁾ beschriebenen Fällen von einseitiger refl. Pupillenstarre, denen ohne allen Zweifel eine Sphincterlähmung zu Grunde lag, war

¹⁾ Alexander, deutsche med. Woch. 1881. Nro. 40. Die Beobachtungen Alexander's fanden neuerdings eine Bestätigung durch Hosch, Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte, 1888, Nro. 4. S. 97. Der dritte Satz von Alexander ist übrigens nicht unanfechtbar; vergl. den zweiten Fall von Hosch und den ersten von mir (Herr E.).

²⁾ Berl. klin. Woch. 1888, Nro. 18.

ja die accommodative PR erhalten, im ersten (Herr E., bei dem auch der Accomodationsast des Oculomotorius eben anfang in Mitleidenschaft gezogen zu werden,) nur bei sehr angestrenzter Accommodation; im zweiten (Frau D., bei welcher der Accommodationsast intact war,) war sie, „in der gewöhnlichen Weise geprüft, nur wenig ausgiebig“ — sie war also doch vorhanden —; durch forcierte Convergenzbewegungen dagegen liess sich eine Verengung von 6,6 auf 2,6 mm, also eine *sehr ausgiebige* Reaction erzielen.¹⁾ In dem Möbius'schen Fall verengten sich mit der Convergenz beide Pupillen „rasch und ausgiebig“. Der Unterschied zwischen seinem und meinem (zweiten) Fall beschränkt sich also auf das Wörtchen „rasch“. Darüber weiter zu streiten, das würde auf Haarspalterei hinauslaufen.

Ich will nur noch auf einen Punkt aufmerksam machen.

Wenn — um bei dem Möbius'schen Fall als Beispiel zu bleiben — die linke Pupille erweitert und auf Licht unbeweglich ist, so erscheint die rechte, bei Tageslicht betrachtet, abnorm eng, und zwar nicht nur relativ, sondern absolut verengt, weil durch das linke Auge eine abnorm grosse Lichtmenge den Reflexcentren zugeleitet wird. Prüfen wir jetzt die accommodative Reaction, indem wir ein nahes Object fixiren lassen, so sind die Bedingungen für das Zustandekommen einer ergiebigen Reaction für beide Pupillen sehr verschieden: die rechte *kann* sich nicht mehr viel contrahiren, weil der bereits sehr gedehnte Dilator pupillae es verbietet und weil auch der Sphincter schon ohnedies von seinem Contractionsmaximum nicht mehr weit entfernt ist; dagegen genügt ein verhältnissmässig geringer Aufwand von Nervenkraft, um die erweiterte linke Pupille zur Contraction anzuregen. Da nun das zur Accomodation aufgebotene Innervationsquantum für beide Augen dasselbe ist, so wird — gleich gute Beweglichkeit vorausgesetzt — die weitere Pupille schneller und ausgiebiger reagiren als die engere²⁾; wenn sie nur *ebenso* gut reagirt, werden wir schon an eine Verminderung ihrer Beweglichkeit denken müssen.

Es empfiehlt sich daher, in solchen Fällen — und vielleicht immer — die accommodative PR nicht bei Tageslicht, sondern bei herabgesetzter Beleuchtung zu prüfen, bei der womöglich beide Pupillen gleich gross sind. Nur so werden wir brauchbare, unter sich vergleichbare Resultate erhalten.

Nach dem Gesagten scheint es mir nicht ausgeschlossen, dass der

¹⁾ Möbius nennt das einen „Rest von Pupillenbeweglichkeit“; der Grad der Reaction $6,6/2,6=2,5$. Der höchste Werth für die Beweglichkeit einer Pupille unter dem Einfluss des Lichtes, den ich bei Messung der Pupillen von 170 Schülern — also jugendlichen Individuen mit leicht beweglichen Pupillen — gefunden habe, war 2,4. (Vergl. die Tabelle in meiner citirten Arbeit über „die Pupillarreaction auf Licht“ etc. Seite 43. Maximalwerth von a/c.

²⁾ Dazu kommt, dass man den Grad der Reaction einer weiten Pupille immer zu über-, den einer engen Pupille zu unterschätzen geneigt ist. Vergl. meine Arbeit: die Pupillarreaction auf Licht etc., S. 11 ff.

M.'sche Fall in dieselbe Rubrik mit meinen beiden Fällen von einseitiger refl. Pupillenstarre gehört, welche M. getreu seiner Definition der reflectorischen Starre als solche anzuerkennen Bedenken trägt, also in die Rubrik der nuclearen Sphincterlähmungen bei freier Accommodation. Und damit will ich den Fall verlassen, bei dem ich vielleicht länger als gut verweilt habe. Die Frage, ob Anisocorie immer durch Anomalien im Bereich der centrifugalen Pupillenfasern bedingt ist, — wie ich glaube, — oder ob sie auch mitunter durch Erkrankung der centripetalen Pupillenfasern hervorgerufen wird, ist für die Deutung der Pupillensymptome von so principieller Wichtigkeit, dass mir ein ausführliches Eingehen auf den Fall geboten schien. Zur Klärung der Frage wird die Mittheilung weiterer Fälle von einseitiger refl. Pupillenstarre erwünscht sein.

Der Inhalt des zweiten Theils meiner Arbeit in der Berl. klin. Woch. (1888 Nro. 18, II. Reflectorische Pupillenstarre) bezieht sich lediglich auf *diejenigen* Fälle von „bds. mangelnder Lichtreaction bei erhaltener accommodativer Reaction“, welche nach Ausscheidung der nach meiner Meinung als „bds. RT“ zu deutenden Fälle übrig bleiben, und welche glaube ich den Namen „bds. refl. Starre“ mit Recht führen; denn wenn die Erscheinung durch Reizung oder Lähmung des Ramus iridis n. III. bedingt ist, so kann man sie sich immer aus rechtsseitiger + linksseitiger Reizung resp. Lähmung jenes Nervenastes, also aus rechtsseitiger + linksseitiger refl. Starre zusammengesetzt denken. Dass trotzdem beiderseitige refl. Starre viel häufiger zur Beobachtung gelangt als einseitige, das findet bei meiner Hypothese seine ungezwungene Erklärung: als bei weitem häufigste Ursache der bds. refl. Starre habe ich einen Spasmus des Sphincter iridis angenommen, welcher seinerseits bedingt sei durch eine Hyperästhesie, resp. einen entzündlichen Reiz in den cp. Pupillenfasern. Bei einseitiger Zerstörung dieser letzteren, d. h. bei einseitiger RT, sehen wir beide Pupillen (bei Tageslicht) über mittelweit, aber *gleich* weit. Also werden wir auch als Folge eines Reizzustandes in den cp. Pupillenfasern, auch wenn derselbe einseitig wäre, eine *gleichmässige* Verengung beider Pupillen mit entsprechender Abnahme der Beweglichkeit erwarten.

Der Schluss möge ein Krankheitsfall bilden, der in überraschender Weise zeigt, wie bei der tabischen Myosis durch Cocain nicht nur die Pupille erweitert, sondern auch wieder beweglich gemacht werden kann.

Gustav Pohl, 38 jähriger Tischler aus Halle a./S., Patient der psych. und Nervenklinik daselbst (J. No 11377 der Univ.-Augenklinik 10. Dez. 1886), an Tabes incipiens leidend (Fehlen der Patellarreflexe, Schwanken bei geschlossenen Augen).

Rechts: Schw Z $\frac{5}{12}$, Emm., RE erhalten, ophth. n. Links: Schw Z $\frac{5}{18}$, Emm., RE erhalten, ophth. n.

Pupillen ziemlich gleich weit, bei Tageslicht 1,8, also sehr eng; nicht regelmässig rund, sondern etwas eckig — als ob der Pupillarsaum der Iris sich in Falten legen müsste, um auf dem engen Raum

Platz zu finden — sehr schwer beweglich (accommodativ deutlicher, auf Licht weniger, doch noch eben genügend, um nachzuweisen, dass RE bds. erhalten war; ob RE *normal* war oder nicht, liess sich natürlich nicht beurtheilen). Auf einige Tropfen Cocain erreichten beide die Weite von 4,0 (bei Tageslicht), und ihre Bewegungen wurden in jeder Beziehung deutlicher und ausgiebiger.

Ein ähnliches Vorkommen habe ich schon einige Male gesehen, es scheint also nicht sehr selten zu sein.

Essen, 21. Dezember 1888.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Verein für innere Medizin zu Berlin.

Von Dr. J. R n h e m a n n.

Sitzung vom 7. Januar 1889.

43) Litten: *Monoplegie durch Kohlenoxydvergiftung.*

36 Stunden nach einer Kohlenoxydgasvergiftung trat bei dem bereits seit 24 Stunden zum Bewusstsein zurückgekehrten Opfer absolute motorische Lähmung des ganzen Plexus brachialis dexter ein. Zugleich war der rechte Arm durch ein sulziges Infiltrat der Haut beträchtlich geschwollen, welche auf Fingerdruck dunkelgelbe Färbung erkennen liess. Die Sensibilität war völlig erloschen in dem Bereiche der motorischen Störung; ebenso war daselbst die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven aufgehoben. An dem nächsten Tage nahm die Armschwellung zu, es zeigte sich eine Pemphigusblase auf dem r. Handrücken. In dem Urin fand sich weder Zucker noch Eiweiss. Während sich in dem Laufe von 19 Tagen die zu Gangränescirung Befürchtung gebende Infiltration zurückbildete, blieben die anderen Erscheinungen in gleicher Stärke bestehen.

Vortr. berichtet alsdann über die seltenen durch Kohlenoxydvergiftung verursachten Nervenläsionen, von denen Sprachstörungen, Lähmungen einzelner Glieder, Rectum- und Blasenparalysen in der Literatur berichtet sind. Ein dem vorgetragenen Falle klinisch sehr ähnlicher, der p. m. einen Erweichungsherd in dem Linsenkern zeigte, wurde von Klebs beobachtet. Auch L. glaubt bei seinem Fall eine Apoplexia cerebri annehmen zu müssen, für welche die bei Kohlenoxydvergiftung von Klebs gefundene beträchtliche Erweiterung und Schlängelung der Gehirngefässe die Disposition gebildet habe. Bei dem Fortbestehen der monoplegischen Erscheinungen dürfte die Annahme des Eintritts der Erweichung des Gehirnherdes gerechtfertigt sein.

Sitzung vom 21. Januar 1889.

44) Renvers demonstriert *mikroskopische Präparate des Pneumococcus* (Fränkel), den er bei Schnitten durch das gehärtete Rückenmark intercellulär in demselben fand. Dieses gehörte einer Frau an, welche an einer nach einem Abort acquirirten Cerebrospinalmeningitis gestorben war.

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Von Dr. König in Dalldorf.

Sitzung von Montag den 14. Januar 1889.

45) Kronthal: *Zur experimentellen Physiologie des Rückenmarks.* (Autorreferat.)

Votr. stellt einen von ihm im August v. J. an den Wandungen des Rückenmarksraumes operirten Hund vor.

Nachdem das Thier sich von dem Eingriff erholt hatte, erschien es normal. Langsam bildete sich der Zustand aus, welcher demonstrirt wird: Ataxie der linken hinteren Extremität; Muskellagegefühl dieses Beines ist verloren gegangen; ebenso auch die Sensibilität, die an der ganzen hintern Körperhälfte herabgesetzt zu sein scheint. Sehnenreflex des linken Hinterbeines ungemein stark, des rechten schwach. Ueber Art und Zweck der Operation wird Votr. bei der Demonstration des betreffenden Rückenmarkes in einer der nächsten Sitzungen berichten.

46) Westphal: *Ueber Augenmuskellähmung.*

a) Die Schnitte durch die verschiedenen Kerne sind von Siemering. Das charakteristische, und was noch nicht beobachtet worden ist, ist das Bestehen einer colossalen Hyperämie im Kern und gewissen andern Partien (Substantia nigra), sowie einer grossen Menge von Blutextravasaten, was wohl auf ein frühes Stadium hindeutet. Der Oculomotoriuskern war dabei stark atrophirt; ebenso fanden sich in dem sehr atrophischen Abducenskern eine grosse Anzahl von hyperämischen Gefässen. Der Trochleariskern ist noch nicht untersucht.

b) Der 2. Fall ist chronisch verlaufen. Es handelt sich auch hier um eine progressive Lähmung der Augenmuskeln. Patient zeigt die Zeichen einer multiplen Sklerose. Vor einiger Zeit ist an ihm in einem Berliner Krankenhause die Dehnung des linken Ischiadicus vorgenommen worden. Beim Blick nach links wird das linke Auge nicht bis an den äusseren Augenwinkel geführt, während das rechte sich überhaupt nur wenig über die Mittellinie bewegt. Der Blick nach abwärts ist für beide Augen unvollkommen, rechts mehr als links; der Blick nach rechts ist für beide Augen erheblich beschränkt; auch die Convergenzbewegung der Bulbi wird nicht ganz vollständig ausgeführt. Die Pupillen sind von mittlerer Weite und guter Licht- und Convergenzreaction.

Die perimetrische Untersuchung ergibt eine mässige Einschränkung des Gesichtsfeldes. Die linke temporale Papillenhälfte zeigt Erblässung (Uthoff).

47) Sperling: *Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Dystrophia musculorum progressiva.*

Das 17. j. junge Mädchen, hereditär nicht belastet, erkrankte im 6. Jahre an Scharlach, im 14. an Diphtheritis; während der Genesung von letzterer Krankheit merkte sie eine Erschwerung der Sprache und des Schlingens, dann war sie ziemlich gesund, zeitweise Anschwellung der Mandeln, $\frac{1}{2}$ Jahr darauf Schwäche im rechten und dann im linken Arme; diese verbreitete sich auf die Schulter- und Rückenmuskulatur.

Das auffallendste Symptom, welches man jetzt sieht, ist, dass der ganze Schultergürtel herabgesunken ist; besonders auffallend ist die veränderte Stellung der Schulterblätter; die Spitze steht etwas vom Rumpfe ab, und ausserdem ist das ganze Schulterblatt etwas um den inneren oberen Winkel gedreht.

Patientin ist nicht im Stande, den Schultergürtel in die normale Lage zu bringen. Die Arme kann sie nicht ganz bis zur Horizontalen heben. Die Function des Biceps und Triceps ist fast gleich Null; die des Vorderarmes ganz erheblich abgeschwächt. Der Druck der Hände circa 40⁰ am Dynamometer, während er normaler Weise 70—80⁰ betragen müsste. Besonders betroffen ist der Serratus anticus major. Am Unterarm sieht man den Supinator longus sehr erheblich atrophirt. Im übrigen ist keine erhebliche Veränderung der Muskulatur des Unterarmes und der Hände. An den Beinen ist ein erheblicher Unterschied der Waden zu konstatiren (r. 2 1/2 cm < l). Die Oberschenkel sind vollkommen normal. Fernerhin sieht man eine Funktionsstörung in den Gesichtsmuskeln; eine Atrophie ist nicht da; aber man sieht, wenn Patientin lacht oder spricht, eine gewisse Starre; auch der Augenschluss ist auffallend kraftlos. Bei willkürlichen Bewegungen bleibt die rechte Seite zu Gunsten der linken zurück. Ebenso kann Pat. die Backen nicht aufblasen.

Die electricische Untersuchung hat ergeben, dass die sämtlichen Muskeln des Körpers nicht die normale Erregbarkeit haben sowohl gegen den galvanischen wie den faradischen Strom. Es findet sich eine mehr oder weniger grosse Herabsetzung, aber keine EaR. Die Erregbarkeitsherabsetzung ist besonders gross an den Muskeln des Schultergürtels, des Tibialis anticus und Gastrocnemius. Auch die Gesichtsmuskeln zeigen dies Verhalten; nicht nur die directe, sondern auch die indirecte Erregbarkeit ist herabgesetzt.

Eine merkwürdige Incongruenz besteht zwischen der Reizhöhe des faradischen und galvanischen Stromes.

Fernerhin ergibt sich eine Eigenthümlichkeit an 2 Muskeln, dem Infrapinatus und dem mittleren Theile des Deltoidens; da kehrt sich die Zuckungsformel um, sodass die An. S. Z. > K. S. Z. ist. Von grosser Wichtigkeit war auch die Prüfung mit der statischen Electricität. In diesem Falle zeigte es sich, dass alle Muskeln, die verhältnissmässig gut erregbar waren durch den faradischen und galvanischen Strom, auf die statischen Funken nicht reagirten, während bei normaler Muskulatur eine prompte Zuckung eintritt. Wahrscheinlich ist die Reizdauer durch den statischen Funken eine ausserordentlich kurze.

Es handelt sich hier um eine idiopathische Muskelerkrankung; diese Fälle sind zu unterscheiden von der Erb'schen „juvenilen Muskelatrophie“. Vergleichshalber stellt S. einen solchen Fall vor, ohne Betheiligung der Gesichtsmuskeln.

Dieser Fall hat einen ganz andern Typus:

1) Die Muskelhypertrophie. 2) Der eigenthümliche Gang.

Patient kann sich nicht ohne weiteres aufrichten, setzt erst die beiden Hände auf die Oberschenkel und richtet sich dann in die Höhe.

Diskussion. Bernhardt macht darauf aufmerksam, dass die 2. und 4. Zehe grösser sind als die 3. und 5. Es kommen in diesen Fällen sehr oft angeborene Anomalien an den Zehen vor.

48) **Uthoff:** *Ueber multiple Hirnnervenlähmung bei Syphilis.* (Krankenvorstellung).

Patient leidet seit Herbst 1887 an einer Trigemiuslähmung auf der rechten Seite, und zwar sind alle 3 Aeste betroffen; die Sensibilitätsstörung hat sich in der letzten Zeit etwas gebessert; auch die Geschmacksfasern sind mit betroffen. Patient bekam $\frac{1}{2}$ Jahr später eine Oculomotoriuslähmung derselben Seite. Er war 2 Mal specifisch inficirt, vor 20 J. und vor 4 J. Eine specifische Cur hatte nur einen geringen Erfolg. Seit kurzer Zeit sind einzelne Erscheinungen zu Tage getreten, namentlich auf der linken Seite, lancinirende Schmerzen und eine kleine anästhetische Zone, auch klagt er über Taubheitsgefühl in den Händen. Pupillenreaction und Kniephänomen sind normal. U. möchte sich nun die Frage erlauben, wie man den Fall auffassen solle; ist es eine Tabes mit einem ungewöhnlichen Anfange, oder ist es eine gummöse Erkrankung oder eine Mischform?

Diskussion. Oppenheim bemerkt, dass Fälle dieser Art recht häufig seien, namentlich bei Leuten, welche specifisch inficirt gewesen sind.

Man stünde bei solchen Fällen vor einer sehr schwierigen Frage in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Hinsicht.

III. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 16. Januar 1889.

49) **R. Virchow:** *Vorstellung eines Falles und eines Skeletts von Akromegalie.*

Virchow stellt das Skelett eines Menschen, der an Akromegalie gelitten hat, und einen lebenden Repräsentanten dieser seltenen Krankheit, deren Namen von Marie herrührt, vor. Das Leiden setzt zu verschiedenen Zeiten des Lebens ein, steht aber, wie V. im Gegensatz zu Freund annimmt, nicht mit der Entwicklung der sexuellen Reife in Zusammenhang, da ja eine Reihe von Fällen einen weit früheren Beginn hat. Die Akromegalie scheint in gewissem Sinne erblich zu sein. Friedrich beobachtete 2 Brüder, Virchow Vater und Tochter, die Akromegalie zeigten.

Was die differentielle Diagnose der A. betrifft, so unterscheidet sie sich von dem Myxoedem, bei dem bisher eine Betheiligung des Skelett's nicht bekannt ist, durch die Vergrösserung der Knochen an den betroffenen Theilen; freilich ist es intra vitam oft nicht leicht zu entscheiden, ob sich ein vermehrtes Knochenwachsthum findet. Sodann ist bei der A. neben der Haut die Muskulatur beträchtlich in ihrer Entwicklung gesteigert und in ihrer Funktionsfähigkeit gewachsen wie bei dem V.'schen Falle. Der Betreffende, ein Westphale, trägt 8 Ctr. auf seinem Rücken.

Bei der Akromegalie sind im Gegensatze zu dem allgemeinen Riesenwuchse, bei welchem die Grössenmasse der Glieder und des Rumpfes in gewöhnlichem Verhältnisse zu finden sind, die betroffenen Parteen relativ zu gross zu der Körperlänge, vor allem Fuss und Hand. Es mag beiläufig erwähnt werden, dass der Fingerreif des vorgestellten Mannes so gross ist, dass ein Dreimarkstück noch bequem durch den Ring durchgeht. Die Akromegalie hat mit der Leontiasis ossea, bei der die Gesichtsknochen vergrössert sind, nichts zu thun; der vorliegende Fall zeigt dagegen Schädelmaasse, die an sich gut proportionirt, dagegen die grössten sind, die V. selbst beobachtet hat. So beträgt der Umfang des Schädels 655 Mm., der Längendurchmesser 229 Mm., der Breitendurchmesser 168 Mm.

Von der Osteitis deformans (Paget), welche mehr centrale Knochentheile betrifft, unterscheidet sich die A. durch ihre Lokalisation an den peripherischen Skelettgebieten. Eine gewisse Aehnlichkeit scheint mit der Arthritis deformans insofern zu bestehen, als das Skelett des gestorbenen Akromegalen an den Phalangen der Finger extracapsuläre Osteophyten zeigt, freilich sind die Gelenkflächen selbst intakt.

III. Referate und Kritiken.

50) **Bechterew und Mislawski:** Die Centren für die Bewegungen der Blase im Gehirn. (Archiv psychiatrii Kowalewski XII. Nro. 2. 1888.)

Budge¹⁾ hat gefunden, dass Reizung der Hirnschenkel, des strickförmigen Körpers und des calamus scriptorius eine Zusammenziehung der Blase bewirke, während Reizung der Grosshirnhemisphären, des corp. striatum, des Sehhügels diesen Effect nicht hatte, auch konnte vom Kleinhirn aus keine Contraction der Blase hervorgerufen werden, doch wollte er jenem einen Einfluss auf letztere nicht kategorisch absprechen, da das corpus restiforme, an der Stelle seiner Verbindung mit dem Kleinhirn gereizt, ein positives Resultat gab.

Afanassjew²⁾ hat nach Durchschneidung des Hirnschenkels keine Veränderungen in der Contractilität der Blase gesehen und meint, dass hierbei die Zusammenziehbarkeit der Uretheren vernichtet und der Tonus der Sphincteren gesteigert werde. Die bei Reizung der Gehirnschenkel auftretende Bewegungen der Blase führt er auf einen Gefässkrampf in letzterer zurück, welche den arteriellen Blutfluss vermindere und dadurch die glatten Muskelfasern oder die Nervenendigungen reize; einen directen Einfluss der Hirnschenkel auf die Blase schliesst A. hiermit aus. Neuere Untersuchungen stehen aber dieser Ansicht entgegen, so erhielten Ssokownin³⁾ und Nuss-

¹⁾ Budge, Zeitschr. f. ration. Med. 3. Reihe XXI. Bd. S. 1 u. 174.

²⁾ Afanassjew: Zur Physiologie der Hirnschenkel. Kiew 1869. (russisch).

³⁾ Ssokownin: Materialien zur Physiologie des Actes der Ausführung und der Zurückhaltung des Urins. Kasan 1887. (russisch).

baum¹⁾ keine Reflexwirkung auf die Blase nach Reizung sensibler Nerven (Ischiadicus, Vagus, Cruralis, Medianus u. a.), wenn die Grosshirnhemisphären auf der Höhe der Hirnschenkel durchschnitten waren, während solche Reflexe gleich nach Entfernung der Hirnrinde auftraten. Ausserdem hat Bochefontaine²⁾ gezeigt, dass am Gyrus sigmoides es wenigstens 4 Punkte gebe, von welchen aus Contractionen der Blase ausgelöst werden konnten; Aehnliches hat François Franck³⁾ beobachtet und die Blasencontractionen graphisch dargestellt.

Diese an Zahl geringeren Thatsachen veranlassten Verff. der Frage experimentel näher zu treten. Sie machten ihre Versuche an Hunden und Katzen, welche bis zur völligen Vernichtung der willkürlichen Bewegungen kurarisiert wurden, darauf wurden Uretheren fisteln angelegt, die Harnröhre unterbunden und auf der Kuppe der Blase ein Schnitt angebracht. In letzteren wurde eine olivenförmige Canüle eingelegt, an deren Hals die Blase befestigt, und mit einem Manometer verbunden. Blase und Manometer wurden mit einer 0,75% NaCl-Lösung angefüllt, das freie Ende des letzteren mit der Marey'schen registrierenden Trommel verbunden. Die Blase wurde während der Versuche aus der Bauchhöhle hervorgezogen und mit hygroskopischer, mit derselben NaCl-Lösung getränkten Watte bedeckt, zur Reizung wurde ein Dubois-Reymond'scher Schlittenapparat und ein Grenel'sches Element benutzt.

Der Ort an der Hirnrinde, dessen Reizung eine deutliche Zusammenziehung der Blase setzt, ist nach den Untersuchungen der Verff. genau localisirt und auf den vordern und hintern Abschnitt des Gyrus sigmoides beschränkt. Die von Verff. gefundenen Centren stimmen nicht ganz mit den von Bochefontaine⁴⁾ zusammen, welcher sie in den äusseren Abschnitt des vorderen Theils des Gyrus sigmoides verlegt, von wo aus der M. detrusor zur Contraction gebracht werden kann.

Die Reizung der von Verff. gefundenen Centren setzt nach einem vorhergehenden kurzen Latenzstadium eine Zusammenziehung der Blase, welche fast sofort nach Aufhören der Reizung verschwindet. Zu bemerken ist übrigens, dass zur Erreichung dieses Effects es einer recht grossen Stromstärke (80 Mm. R. A.) bedarf, wiederholte Reizung der Centren erschöpft öfters bei Hunden dieselben bald.

Bei der Prüfung anderer centraler Abschnitte des Grosshirns fanden Verff. nach vorläufiger Entfernung der Hemisphären vor Eröffnung der Seitenventrikel, dass Reizung der tiefen Theile des vorderen Abschnitts der Streifenhügel auf der Höhe des Ueberganges des corpus striatum auf seine cauda sowohl bei Hunden, als auch bei Katzen

1) Nussbaum: Zur Frage von der Innervation des M. detrusors. Arbeiten des Warschauer Laboratoriums. 5. Lieferung 1879. (russisch).

2) Bochefontaine: Arch. de Physiol. norm. et. pathol. I. 1. Ser. 2. 1876. pag. 165.

3) François Franck: Leçons sur la fonctions du cerveau. Paris 1887.

4) Bochefontaine: Gaz. méd. de Paris 1875.

schon bei schwachen Strömen (120—100 Mm. R. A.) sehr starke Contractionen der Blase hervorrufe, welche dann Anfangs ziemlich rasch, später aber immer langsamer zum Zustande vormaliger Erschlaffung zurückkehrte. Dieselben typischen Erscheinungen wurden aber durch Reizung der basalen Abschnitte der inneren Kapsel hervorgerufen, welche dem Sehhügel anliegen und der obern Etage des Hirnschenkels, während oberflächliche Reizung der vordern und hintern Vierhügel, der Rinde und der centralen Bezirke des Kleinhirns keinen Effect hervorbrachte.

Um übrigens eine Blasencontraction durch Reizung des vorderen Abschnitts der inneren Kapsel zu erhalten, muss man einen bestimmten, aus den vordern Theilen der Hemisphären kommenden Faserzug, der offenbar aus den oben bezeichneten Rindencentren stammt, zum vordern Theile, resp. zum vordern Kern des Sehhügels zieht, treffen.

Nach den Versuchen der Verff. liegt das Centrum für die Bewegungen der Blase in der Tiefe des vordern Theils des Sehhügels, wo es einen Raum von nur einiger Mm. einnimmt und ist es einerseits durch ein besonderes Bündel mit den Rindencentren, andererseits mit den unterhalb liegenden Hirncentren durch Faserzüge zur innern Kapsel und der obern Etage des Hirnschenkels verbunden. Budge hat somit bei seinen Versuchen die Leitungen nur getroffen, welche von dem oben genannten Centrum nach unten längs des Rückenmarks ziehen, seine negativen Ergebnisse bei Reizung der Centralganglien sind aber dem Umstande zuzuschreiben, dass er das so tief im Sehhügel gelegene kleine Centrum nicht gefunden hat.

Schliesslich muss bemerkt werden, dass Reflexe auf die Blase von sensiblen Nerven aus auch dann ausgelöst werden können, wenn selbst auf beiden Seiten das bewusste Centrum zerstört und das Gehirn auf der Höhe der Hirnschenkel vollständig durchschnitten wird, aber unter Anwendung sehr starker Ströme; sollen schwache Ströme wirksam sein, so müsste das Blasencentrum unversehrt sein.

Das von B. und M. entdeckte Centrum im vordern Theile des Sehhügels hat neben seiner, den Rindencentren untergebenen Aufgabe noch eine reflectorische Bedeutung, indem es unter dem Einflusse schwacher Reizungen der Haut die Blase zur Contraction bringt, während stärkere äussere Reize dieses durch die Vermittelung der unterhalb im Rückenmark liegenden Centren thun.

Hinze.

51) **Danillo**: Ueber das Verhältniss der Occipitallappen neugeborner und junger Thieren zu den Augenbewegungen. (Aus dem klinischen Laboratorium des Prof. Mierszejewski.) Vorläufige Mittheilung.

(Wratsch. 1888 Nzo. 48.)

Gereizt wurde die sogen. Munk'sche Sehsphäre und andere, von verschiedenen Beobachtern (Luciani und Tamburini, Ferrier, Horsley, Schäfer u. A.) untersuchte Gehirnabschnitte. Starke (10—8 Cm. R. A.) und anhaltende (1—3 Minuten) Reizung mit dem

Inductionsstrom der Occipitalgegend bei jungen, bis zu 3 Monate alten Hunden und Katzen setzte keine motorische Erscheinungen, weder an den Extremitäten, noch an den Augenmuskeln, letztere traten nach D. erst im 5. Monate des extrauterinen Lebens auf. Im Anfange dieser Periode ruft Reizung der Mitte der Hinterhauptswindungen (graue Substanz) eine der Reizung centrollaterale conjugirte Abweichung der Augen hervor. Stromstärken und Reizdauer, welche Bewegungen bei Reizung der psychomotorischen Centren setzen, bleiben, auf die Occipitallappen aufgesetzt, ohne Wirkung hinsichtlich der Augenbewegungen, die conjugirte Deviation tritt erst bei stärkerer und anhaltenderer Reizung auf.

Bis zum 1. Monate nach der Geburt ruft die Reizung verschiedener Abschnitte der Occipitalregion (einerlei, ob graue oder weisse Substanz gereizt wird) keinerlei Bewegungen von Seiten der Augen hervor, im 2. Monate setzt Reizung der weissen Substanz eine deutliche Abweichung der Augen, sowohl nach vorläufiger Abtragung der Rinde, als auch nach Einführung isolirter Elektroden auf nicht weniger als 1 Cm Tiefe durch die graue in die weisse Substanz; je tiefer die Elektroden bei gleichbleibender Stärke und Dauer des Stroms eingesenkt worden, desto deutlicher wird die Abweichung der Augen. Werden beide Occipitallappen gleichzeitig gereizt, so ist die Abweichung auf der stärker gereizten Seite grösser, Abtragung der grauen Rinde ändert die Form der Abweichung nicht, ebenso wenig wie ein langer, bis 1,5 Cm tiefer, den vordern vom hintern Abschnitte trennender langer Querschnitt; auch gleich tief längs der ersten Occipitalwindung, parallel dem innern Rande der Hemisphären und im Gebiete des Gyrus angularis geführte Längsschnitte bleiben ohne Einfluss auf die Augenbewegungen bei Reizung der weissen Substanz der Hinterhauptslappen. Starke und andauernde Reizung mit dem Inductionsstrom der weissen Substanz der motorischen Zone ruft keine Augenbewegungen hervor, während schwache und kurzdauernde Ströme deutliche Contractionen der Extremitäten erzeugen.

D. zieht aus seinen Versuchen den Schluss, dass die Occipitallappen keine Centren, wie sie in der motorischen Sphäre vorkommen, enthalten. Die Ansicht Ferrier's, dass die bei Reizung des Occipitallappens auftretenden Augenbewegungen durch subjective optische Wahrnehmungen producirt würden, ist nicht haltbar, weil eben solche Bewegungen durch Reizung der weissen Substanz bei mangelnder Erregungsfähigkeit der grauen sich zeigen. Die nach Führung von Quer- und Längsschnitten und nach Entfernung der grauen Substanz der motorischen Sphäre auftretenden Erscheinungen führen zu dem Schlusse, dass die Centren für die conjugirten Augenbewegungen weder in der motorischen, noch in der Hinterhauptsregion, sondern niedriger sich befinden; bis zum 5. Lebensmonate kann in der sogen. psychomotorischen Zone kein Bezirk für die Augenbewegungen nachgewiesen werden.

Die vollständige Arbeit wird nächstens in einem Fachjournale abgedruckt werden. Hinze.

52) **Herm. Oppenheim** (Berlin): Die traumatischen Neurosen.

(Berlin, Hirschwald 1889. gr. VIII. 146 Seiten. M. 3,50.)

Die Geschichte der traumatischen Neurosen ist unzertrennlich verknüpft mit dem Namen Oppenheim. Wer des Verf.'s zahlreiche Arbeiten studirt und seine Wandlung in der Auffassung derjenigen Nervenkrankheit kennen gelernt hat, die er uns jetzt als „traumatische Neurose“ darbietet, für den ist diese persönliche Geschichte die Geschichte der Krankheit. Zwei Verdienste sind es vornehmlich, die O. sich erworben hat. Einmal hat er das ungeheure Kranken-Material der Charité zu Berlin in kritischer Weise verarbeitet, und die Ergebnisse seiner Forschung in einer Reihe mustergültiger Aufsätze veröffentlicht, in denen er die Lehre von den sensiblen und sensorischen Störungen bei Neurosen von irrigen Auffassungen geläutert und auf richtigere Wege geleitet hat. Sodann hat er mit Erfolg gegen Charcot gekämpft, der die klinischen Erscheinungen der traumatischen Neurose als Hysterie auffasste. Oppenheim hat durch das Herausdrängen dieses Begriffes aus der traumat. Neurose — abgesehen von der rein wissenschaftlichen Seite — für die Praxis eine ausserordentlich wichtige That vollbracht, weil der Begriff der Hysterie mit dem der Simulation zu verwandt ist, und weil die aprioristische Voraussetzung der Simulation bei allen auf Unfällen basirten Schadenersatzforderungen ohnehin schon ein gefährliches Unwesen treibt.

Der Begriff der traumatischen Neurose ist von der Materie losgelöst. Wir haben es weder mit grob anatomischen Veränderungen, noch mit unsichtbarem Lagewechsel der Molecule zu thun; es handelt sich lediglich um eine Alteration der Psyche, um eine „seelische Erschütterung“, welche der Eine Hypochondrie, der Zweite Autosuggestion, der Dritte Ausfall der Erinnerungsbilder nennen mag. Am bezeichnendsten wird dieser psychopathische Antheil der Definition und des Begriffes der Krankheit durch zwei klinische Thatfachen festgelegt: 1) die sensiblen Störungen bei der traumat. Neurose halten sich nicht an den anatomischen Verlauf der Nerven und 2) die motorischen Erscheinungen missachten das Gesetz der Kreuzung: ein Trauma, welches z. B. auf die linke Schädelhälfte wirkt, löst eine motorische Störung der gleichseitigen, linken Extremitäten aus, niemals eine solche der gekreuzten rechten.

Leider hat Oppenheim in seinem Buche diese *diagnostisch* überaus wichtige Thatfache nicht mit der ihr gebührenden Präcision hervorgehoben; es handelt sich meines Erachtens hier um die Grundpfeiler des ganzen Baues, die Oppenheim aber hinter das Haus gestellt hat.

Auch vermisste ich in dem Buche die für praktische Zwecke so nothwendige Sicherheit in der Darstellung der *Prognose*. Schwierigkeiten derselben zugegeben, zumal der Einzelfall so verschiedenartig auftritt, giebt es doch in der forensischen Praxis Fragen erster Ordnung, die in jedem Falle wiederkehren, auf welche ein Buch wie

das vorliegende unter allen Umständen eine bestimmte Antwort erteilen muss.

Wer traumat. Neurosen behandelt und längere Zeit beobachtet hat, wird mit dem Verf. unbedenklich darin übereinstimmen, dass eine „vollständige Heilung selten“ ist. Bei dem einen Kranken bleibt diese, bei dem anderen jene Erscheinung zurück, und greift mehr oder weniger störend in's Leben ein. Viel wichtiger als dieser Punkt erscheint mir die Frage, ob eine traumatische Neurose, also im Wesentlichen sogenannte (cerebral) functionelle Zustände, in eine organische Erkrankung übergehen kann, ob z. B. — im Sinne des Verf.'s — aus einer „psychischen Lähmung“, die *heilbar* ist eine *unheilbare materielle Lähmung* werden kann.

Oppenheim macht in dem Capitel über die Prognose über diesen Punkt nur eine kurze Bemerkung, die das Herz betrifft, indem er sagt, dass sich aus einem nervösen Herzleiden ein organisches entwickeln kann. Was er *dort* über die Transformation der bei der tr. N. gewöhnlichen psychischen Anomalien in eine schwere Psychose — hallucinatorische Verrücktheit oder Verwirrtheit — sagt, berührt meine Fragestellung nicht, denn schliesslich ist eine hallucinator. Verrücktheit auch nur eine functionelle Erkrankung und nicht immer unheilbar. Wesentlich anders ist schon die Aeusserung auf pag. 145 wo O. von Psychosen „mit deutlichem Verfall der Intelligenz und des Gedächtnisses“ spricht, der auf Rindenatrophie zurückgeführt werden kann.

An anderen Stellen des Buches wird diese Frage gestreift, ich vermisste aber einen sicheren, bestimmten Ausspruch. Dass sich (pag. 127) „pathologisch-anatomische Veränderungen in den Nervenapparaten entwickeln und sich mit den functionellen Störungen combiniren“, oder dass — wie sich M. Bernhardt früher ausgedrückt hat, „pathologisch-anatomisch zu begründende und rein nervöse Störungen ohne eine solche Grundlage bei demselben Individuum zusammen vorkommen“ ist prognostisch von untergeordneter Bedeutung. Diese „Combination“ oder dieses „Zusammenvorkommen“ ist eine gleichzeitige also sichtbare Erscheinung, für welche es eines prophetischen Wortes nicht bedarf; ausserdem beweist ein „Nebeneinander“ an und für sich nichts für einen ursächlichen Zusammenhang. Strümpell, dessen Arbeit im Original ich nicht einsehen kann, soll sich nach einem mir vorliegenden Referat so ausgedrückt haben, dass die traumat. Neurose den Boden vorbereite, auf dem organische Veränderungen sich entwickeln können. Die Richtigkeit dieses Satzes vorausgesetzt muss ich sagen, dass Strümpell damit sich schon bei Weitem schärfer ausspricht. Er constatirt damit zwar auch noch nicht das unmittelbare Vorhandensein von Ursache und Wirkung und lässt für das, was bei der Epilepsie Nothnagel die „epileptische Veränderung“, ich die „erworbene Disposition“ — im Gegensatz zu der angeborenen — genannt haben, also für ein eingeschobenes Zwischenglied den Raum offen; aber Strümpell constatirt doch eine *zeitlich hintereinander* liegende Entwicklung eines spätern Zustandes aus dem früheren, während bei Oppenheim und M. Bernhardt nur zwei *zeitlich neben-*

einander liegende Zustände betont werden. Und nur mit ersterer kann der Sachverständige in foro etwas beginnen und viel nützen. Der Richter fragt in dem Entschädigungsprocesse mit Rücksicht auf die spätere Erwerbsunfähigkeit: „Kann sich aus der vorhandenen Bewegungsstörung der Beine eine unheilbare Lähmung entwickeln“? oder „kann sich aus der Blaseschwäche und Erectionsunfähigkeit eine unheilbare Blasenlähmung und dauernde Zengungsunfähigkeit entwickeln“? oder „kann sich aus der Sehschwäche und Gesichtsfeldeinengung Blindheit entwickeln“? oder „kann sich aus dem nervösen Herzklopfen ein organischer Herzfehler entwickeln“? Oppenheim giebt, wie schon hervorgehoben, bestimmt nur die organischen Herzfehler zu; an anderen Stellen concedirt er die Opticusatrophie; für die anderen Fragen finde ich bei ihm aber weder eine specielle Antwort noch eine so allgemein gehaltene Erklärung, dass der Sachverständige daran eine sichere Stütze finden kann. Die Strümpell'sche Aeusserung ist in dieser Hinsicht werthvoller. Nach meiner Erfahrung sind diese Fragen des Richters unbedenklich zu bejahen; ja ich halte sogar ein möglichst frühzeitiges Betonen dieser Seite der Prognose für ein Gebot sowohl der Nützlichkeit wie der Pflicht.

In den „forensischen Betrachtungen“ berücksichtigt der Verf. zu einseitig die Eisenbahnbeamten und besonders das Fahrpersonal. Die können allerdings auch noch als „damaged men“ irgend eine leichte Beschäftigung übernehmen oder Erwerb ausüben: vom Zugführer zum Portier oder vom Schaffner zum Rottenaufseher ist kein grosser Schritt. Da mag füglich von einer partiellen Erwerbsunfähigkeit gesprochen werden. Ganz anders liegt die Sache aber, wenn der Verletzte den höheren Berufs- und Erwerbsständen angehört, wenn er beispielsweise Techniker oder Arzt ist, oder ein beliebiges andere auf ganz speciellen Studien und Fachkenntnissen beruhendes Gewerbe treibt, also in Fällen, bei denen die Schadenersatzforderung auf 1, 2 und mehrere Hundert Tausende von Mark steigt. Der gewöhnliche Gang der Dinge dabei pflegt folgender zu sein: Es kommt zum Process, weil der Eisenbahnfiscus a limine jede Entschädigung verweigert und Alles bestreitet, selbst das, dass der Verunglückte überhaupt unter den Trümmern des entgleisten Zuges gelegen hat. Der Verletzte liegt 6, 8, 10 und mehr Monate krank und zum Theil hilflos darnieder, dann tritt sehr langsam eine Besserung ein, soweit man überhaupt bei concentrisch eingengtem Gesichtsfeld, spastischem Gang, Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen, Blutwallungen und dgl. von Besserung sprechen kann. Der Process zieht sich 2, 3, 4 und mehr Jahre hin, weil der verklagte Fiscus Alles und Jedes bestreitet. Es werden Termine in Unzahl abgehalten, Zeugen über Zeugen vernommen, Gutachten und Obergutachten erfordert, alle Ausgaben, die der Verletzte nothgedrungen für ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Pflege u. s. w. hat machen müssen und deren Rückerstattung er nun verlangt, werden erstens thatsächlich, zweitens in Bezug auf ihre Nothwendigkeit bestritten. In dieser langen Zeit geht der Verletzte seiner Stelle verloren oder er verliert seine Einnahmen, denn er mag sein was er will, *er darf in dieser Zeit des schwebenden*

Processes nicht die geringste berufliche Thätigkeit entwickeln, weil das Heer von Spionen, mit denen der verklagte Fiscus ihn heimlich umgiebt, ihn sofort als „erwerbsfähig“ denuncirt — und damit wäre der ganze Process verloren, jede Aussicht auf Schadenersatz hoffnungslos. Zu den kurzen Mittheilungen Oppenheim's auf pag. 139 — Der Verunglückte, der für rückenmarksleidend erklärt worden ist, wird in einem Vergnügungslöcal gesehen und sofort für einen Simulanten gehalten — könnte ich aus meiner Erfahrung geradezu empörende Beiträge liefern. Der Arzt und der Advocat verlieren in dieser Zeit des schwebenden Processes ihre Praxis, der Beamte seine Stellung, der Kaufmann und Fabrikbesitzer müssen Fabrik und Geschäft entweder verkaufen oder anderen Händen überlassen, die mit Schaden arbeiten; kurzum, wenn der Verletzte nicht über sehr grosse Mittel verfügt, um die in dieser Zeit der Erwerbsunmöglichkeit ihm in erhöhtem Masse entstehenden Unkosten zu decken, so tritt zu dem gesundheitlichen auch noch der finanzielle Untergang hinzu — oder aber er wird vorher müde und lässt sich auf einen mageren Vergleich ein. Geht nun alles seinen gerechten Gang, wird der Verklagte zum Schadenersatz verurtheilt, dann tritt die Behauptung der „partiellen Erwerbsfähigkeit“ auf die Oberfläche, dann erscheint die Zumuthung: der Verletzte könne in anderen Berufsarten noch erwerbsfähig sein. „Hierbei bleibt es der Rechtsbehörde überlassen, sagt Oppenheim pag. 146, zu entscheiden, in welchem Grade die Erwerbsfähigkeit durch den Unfall beschränkt worden ist, und in Erwägung zu ziehen, ob man von dem Verletzten, der eine höhere Berufsstellung eingenommen, verlangen kann, nun eine inferiore Thätigkeit zu übernehmen“. Dagegen muss meines Erachtens der ärztliche Sachverständige mit äusserster Schärfe vorgehen und er kann sehr erfolgreich dagegen an-gehen durch die Fassung seines Gutachtens, welche das Vorhandensein der *allgemeinen* Erwerbsunfähigkeit in bestimmtester Weise auf den *bisherigen* Beruf des Verletzten beziehen muss. Das Erlernen einer neuen Berufsthätigkeit, und wäre sie die denkbar leichteste, kann Niemanden zugemuthet werden, weil die Schadenersatzleistung des Verklagten dadurch verringert wird.

Ueber diese mitten aus der Praxis gegriffenen Verhältnisse hätte ich in dem Buche des Verf.'s bestimmtere und schärfere Ausführungen gewünscht, die gerade bei der Autorität des Verf.'s auf dem Gebiete der traumat. Neurosen von unermesslichem Werthe wären. Sollte der Verf. sich entschliessen können eine Bearbeitung des Gegenstandes in einer für Laien, Juristen und Eisenbahnbetriebsdirectoren verständlichen Form zu veröffentlichen, dann würde auf die zuletzt erörterten Punkte ein besonderer Nachdruck zu legen sein.

Ich schliesse diese Besprechung mit dem Wunsche, dass Oppenheim's Buch in ärztlichen Kreisen die weiteste Verbreitung finden möge; es giebt dem ärztlichen Sachverständigen die Waffe in die Hand, mit denen er das Gespenst der „Simulation“, welches bei den traum. Neurosen überall spuckt, erfolgreich zu bekämpfen vermag. Die Ausstattung des Buches befriedigt.

Erlenmeyer.

53) **Philipp C. Knapp**: Nervous affection following injury, „*concussion of the spine*“, „*railway spine*“ and „*railway brain*“. (Traumatische Neurosen.) Vortrag in der American Neurolog. Association. (Journ. of Nerv. and ment. dis. October 1888.)

Verf. steht durchaus auf den Schultern der deutschen Literatur über den behandelten Gegenstand, aber er ist noch in der Anschauung der molecularen Veränderung befangen, und noch nicht zur Höhe der „*seelischen Erschütterung*“ vorgedrungen. Er glaubt an Zustände ähnlich der disseminirten Sclerose oder, in frühen Stadien, an hämorrhagische oder entzündliche Vorgänge. Er formulirt die Prognose auch gleich jener der multiplen Sclerose. Es genügt einige seiner Sätze hier zu wiederholen.

(3). Trauma kann nicht nur zu groben mechanischen Störungen des Centralnervensystems Anlass geben, die sehr bald nach dem Anfall auftreten, sondern auch zu typischen chronisch-degenerativen Processen.

(4). Ebenso kann Trauma verschiedene functionelle Störungen des Nervensystems veranlassen wie Psychose, Hysterie und Neurasthenie.

(7). Durch Trauma wird öfter ein neurasthenischer Zustand, selten ein hysterischer hervorgerufen.

(10). Die Prognose ist ernst. Besserung ist nicht aussergewöhnlich, aber volle Heilung selten.

In der Discussion, welche sich an den Vortrag anschloss, und an der sich Seguin, Gray und Zenner betheiligten, wird für die Auffassung der traumat. Neurose mehr das psychische, auto-suggestive Moment betont.
Erlenmeyer.

54) **Charcot** (Paris): Les accidents de chemin de fer. (Die Eisenbahn-Unfälle.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 140.)

Anknüpfend an einen Fall von traumatischer Neurasthenie, bemerkte Ch., dass diese und die gewöhnliche Neurasthenie ganz identische Krankheitsprocesse sind, die dieselben Symptome haben: Verlust des Gedächtnisses, Schwindel, drückendes Gefühl im Hinterkopf, Dyspepsie, Insomnie, Veränderung des Charakters und denen dieselbe Ursache: Nerven — Shock; Schrecklähmung zu Grunde liegt, jedoch mit der Modifikation, dass dieser Shock, da wo die erstere Neurose in Frage kommt, von einem Trauma herührt.

Die in dem oben citirten Falle vorhandene schmerzhafteste Stelle unter der rechten Brustwarze dürfte, da ein materieller Grund fehlt, als ein Produkt der Einbildung anzusehen sein, eine Anschauungsweise, welche an die Hypochondrie erinnert.

Was die Beurtheilung der Fälle von traumatischer Neurasthenie betrifft, so erheischt dieselbe von Seiten des Gerichtsarztes grosse Vorsicht, jedoch mag hierbei als Richtschnur dienen, dass jeder starke Shock grosse Gefahren involvirt.
Panli.

55) **Jos. O'Connor** (Manchester): Urticaria. (The Lancet. 6. Oct. 1888.)

Gegen die chronische Nesselsucht besitzen wir nach Unna im salicylsauren Natron und im Atropin zwei so vorzügliche Mittel, dass wir in der Therapie ausreichend gedeckt sind. Aber auch hier kommen Fälle vor, in denen beide Mittel und das ganze Heer der Nervina im Stiche lassen, und gerade dann scheint nach U. das Ichthyol innerlich und äusserlich mit ziemlicher Sicherheit für jene Mittel eintreten zu können.

Da wo aber auch das Ichthyol seinen Dienst versagt, bestreicht O'Connor unmittelbar nach dem Erscheinen der Quaddeln dieselben mit einem in eine 20/ige Borsäurelösung getauchten Schwamme; wendet auch wohl innerlich kleine Dosen Solnt. Fowleri mit Natron. bicarb. und Magnes. sulf. an.

Pauli.

56) **A. G. Auld** (Glasgow): The cause of cramp. (Die Ursache des Crampus.) (The Lancet. 17. Novemb. 1888.)

Obwohl unter den Ursachen des Wadenmuskelkrampfs Druck auf eine oder beide Unterextremitäten obenan steht, so sollen doch auch häufige Erreger jener Form von Hyperkinese einige Tosine (Ptomaine) sein.

Dieselben, Antagonisten der Belladonna, beeinflussen den Muskel, wie Mosso nachgewiesen hat, in einer dem Blei ähnlichen Weise.

Unter solchen Umständen muss man eine Infectiouskrankheit annehmen und dieselbe davon herleiten, dass die Leber, zu deren Functionen es gehört, die toxischen Alcaloide zu zerstören, dies in nur mangelhafter Weise thut.

Pauli.

57) **Rudolf Gnauck** (Pankow): Ueber das Verhalten von Neurosen nach gynäkologischen Operationen. (Deut. Med. Wochschr. 1888, Nro. 36.)

Gynäkologisch sagt man, Geschlechterkrankungen mit Lendenmarkssymptomen; neuropathologisch sagt man, Neurose mit Geschlechtskrankheit. Beiden Arten der Anschauung geben zahlreiche Fälle ihre Berechtigung; der ersteren Art dann besonders, wenn einzelne nervöse Symptome vorliegen, deren Ursache wahrscheinlich die Sexualerkrankung abgibt. Ist aber ein mehr oder weniger abgerundetes Krankheitsbild vorhanden, so dürfte die letztere Anschauungsweise — einige wenige Fälle ausgenommen — eine grössere Berechtigung haben. Es kommen allerdings Combinationen in der Weise vor, dass eine Erkrankung des Geschlechtsapparates das primäre gewesen ist und Veranlassung zum Auftreten nervöser Symptome gegeben hat. Allmählich aber entwickelt sich das Bild einer wirklichen Neurose, wobei die Geschlechterkrankung geheilt sein oder noch bestehen kann; im letzteren Falle tritt dieselbe meistens in den Hintergrund und allein die der Neurose nun angehörenden nervösen Anfangssymptome erinnern an die Entstehung der Krankheit. Wie wichtig es ist, eine möglichste Klärung dieser Verhältnisse anzustreben, kommt erst dann recht zum Vorschein, wenn man an die Behandlung solcher combinirten Erkrankungen

geht; nach dieser Richtung hin bewegen sich die Mittheilungen des Verf.'s. Vom Standpunkte des Neuropathologen aus kann man dreierlei unterscheiden:

1. Man schreitet zu einer gynäkologischen Behandlung oder Operation in der Aussicht, eine Neurose oder eine Gruppe von nervösen Symptomen oder ein einziges solches zu heilen.

2. Man thut dies trotz der vorhandenen Neurose, da eine unabweisbare Indication vorliegt.

3. Man thut dies, da bei einer Neurose eine Erkrankung des Geschlechtsapparates vorliegt, deren Beseitigung möglicher Weise fördernd auf die Heilung der Neurosen wirken, resp. deren Bestehenbleiben die Heilung erschweren könnte.

Was die *erste* Gruppe betrifft, so ist es sehr häufig gelungen, durch gynäkologische Eingriffe Heilung herbeizuführen, wenn ein einzelnes nervöses Symptom oder eine Gruppe solcher vorhanden war. Die Heilung einer wirklichen allgemeinen Neurose wird durch diese Verfahren kaum gelingen; gewöhnlich handelt es sich auch dann nur um das Verschwinden eines hervorragenden Symptomes oder mehrerer solcher. In dieser Weise äussert sich der momentane Erfolg bei allgemeinen Neurosen meistens. Indessen die Bedeutung einer solchen Operation ist oft weiter reichend; die Erkrankung im Sexualapparate trägt nicht selten zu dem Fortbestehen der nervösen Erkrankung bei und lässt jede Allgemeinbehandlung fehlschlagen. Erst nach Heilung der ersteren vermag eine weitere geeignete Behandlung auch Heilung der Neurose herbeizuführen. Aehnlich sind wohl die geheilten Fälle von Flechsig und Sanger aufzufassen, bei denen übrigens psychische Störungen prävalirten. Wohl werden Heilungen allgemeiner Neurosen in Folge gynäkologischer Operationen angegeben, allein dieselben waren meist nur scheinbare. Es handelt sich um hysterische Erkrankungen und bei diesen erlebt man ja das sonderbarste. Bei keiner anderen Neurose begegnet man eben grösseren Ueberraschungen als bei der Hysterie und das momentane Verschwinden dieses oder jenes noch so schweren Symptomes spielt in Bezug auf die wirkliche Heilung nur eine untergeordnete Rolle. Manchmal bleibt nach gynäkologischen Eingriffen der momentane Erfolg ganz aus. So litt eine Hysterische an Krampfanfällen, die gerade zur Zeit der Menses am häufigsten auftraten. Die Menses selbst waren unregelmässig, dauerten sehr lange, mit sehr starkem Blutverlust. Der Coitus löste stets Anfälle aus. Eine bedeutende Verschlimmerung des Leidens war nach einer normalen Entbindung eingetreten. Die Sexualorgane waren normal, nur ziemlich hyperästhetisch. Nach einer versuchsweise vorgenommenen Auskratzung des Uterus liessen die menstrualen Blutverluste wohl nach, allein die hysterischen Anfälle und zugleich die Hyperästhesie der Sexualorgane nahmen zu. Erst eine W. Mitchell'sche Cur brachte bedeutende Besserung, die später in Heilung überging.

Bei dem *zweiten* Punkte handelt es sich um gynäkologische Eingriffe einer unabweisbaren Indication zufolge. Solche Fälle werden

immer Schwierigkeiten bieten, da eine Verschlechterung des ganzen Zustandes bisweilen kaum zu vermeiden ist. Vorwiegend werden es Blutungen, Geschwülste, unerträgliche Hysteralien und Aehnliches sein, welche ein Eingreifen nöthig machen.

Eine Kranke mit langjähriger Hysterie hatte unter anderen zahlreichen Beschwerden heftige Schmerzen von Seiten des Magens und Unterleibes und sehr profuse Blutungen während der meist zu zeitig auftretenden Menses. Die gynäkologische Untersuchung ergab eine bewegliche Retroflexio bei grosser Empfindlichkeit des hinteren Scheidengewölbes, der Serosa der hinteren Uteruswand und der retrouterinen Ligamente. Man sah daher zuerst von grösseren Eingriffen ab und legte ein Pessar ein, dass aber schlecht vertragen wurde und auch sonst nichts besserte. Wegen erneuter starker Blutungen wurde dann die Auskratzung des Uterus vorgenommen. In der That nahmen die Blutungen ab, desgleichen die Empfindlichkeit des hinteren Scheidengewölbes, allein die subjectiven Beschwerden wurden eher vermehrt, das Allgemeinbefinden schlechter. —

In einem anderen Falle handelte es sich um eine Kranke, welcher eines Tumors wegen Uterus und Ovarien entfernt worden waren. Sie hatte seit Jahren immer mehr zunehmende Beschwerden: Schwere, Druck im Unterleibe, Gefühl, als ob Alles herausfallen solle, nach den Schenkeln ausstrahlende Schmerzen, Erschwerung des Gehens, Stuhlverstopfung, in der letzten Zeit Gefühl, als ob ein Wasserkissen sich in der Lendengegend befände, in welches hinein Alles fiesse, wass sie trinke. Seit 1½ Jahren Angstzustände mit starkem Reize in den äusseren Genitalien verbunden, der sie zum Onaniren trieb. Seit 1 Jahre psychische Erscheinungen. Pat. glaubte an ein Complot ihrer Umgebung und meinte sich von einem Geheimniss umgeben, in welches sie nicht eindringen könne; und Aehnliches. Indessen hielt die Kranke diese Vorstellungen vor ihrer Umgebung geheim und wünschte selbst die Operation, weil sie durch dieselbe von der Onanie befreit zu werden hoffte.

Wie die Operation auf die psychische Erkrankung wirken werde, war nicht zu bestimmen; dennoch war sie geboten und man konnte vermuthen, dass durch dieselbe wenigstens die mit dem onanistischen Reize verbundenen Angstzustände beseitigt würden. In der ersten Woche nach der Operation schienen alle Erscheinungen, auch die psychischen, fast verschwunden. Allein im zweiten Monate kehrten alle, abgesehen von den durch die Geschwulst bedingt gewesenen Druckerscheinungen, stärker als früher zurück. Die Angstzustände mit dem Reiz zur Onanie schwand allmählich im vierten Monate, das Gefühl des Wasserkissens auf dem Rücken im sechsten Monate. Die psychische Erkrankung blieb bestehen, ja es traten neue Wahnvorstellungen hinzu, so der Gedanke, sie könne nur gesund werden, wenn die Periode wieder eintrete; da dies unmöglich geworden sei, habe sie auch zu jenem keine Aussicht. Erst im zweiten Jahre nach der Operation verblassten die psychischen Erscheinungen allmählich.

In Fällen dieser zweiten Kategorie wird der gynäkologische Eingriff nicht zu umgehen sein. Es wird sich darum handeln, den richtigen Zeitpunkt für beide Erkrankungen zu wählen und eine geeignete Weiterbehandlung für die nervöse oder psychische Erkrankung nicht zu unterlassen.

Drittens kann man zu einem gynäkologischen Eingriff sich entschliessen, weil eine Erkrankung vorliegt, deren Beseitigung möglicher

Weise fördernd auf die Heilung der Neurosen wirken, deren Bestehenbleiben die Heilung beeinträchtigen könnte. Nervenkrankte Frauen, auch wenn sie keine grossen Unterleibsbeschwerden haben, gehen häufig zuerst zum Gynäkologen, und so werden die letzteren vor die erste Entscheidung dieser Frage viel häufiger gestellt als die Neurologen. Liegen Beschwerden vor oder besteht auch nur der dringende Wunsch einer gynäkologischen Untersuchung, so ist demselben Rechnung zu tragen und gemeinsam mit dem Gynäkologen zu entscheiden. Bisweilen kommt man dabei in eine kritische Lage. Bei einer Kranken mit ziemlich schwerer Hypochondrie, mit zahlreichen Sensationen im Unterleibe fand sich ein Katarrh und eine Retroflexio des Uterus, jedoch wurde gynäkologischer Seits der Neurose wegen eine Behandlung vor der Hand nicht für geboten gehalten. Die Kranke war indessen von dem Gedanken, dass ihr nur durch eine Behandlung der Unterleibsstörungen zu helfen sei, so beherrscht, dass sie heimlich davonging und von neuem einen Gynäkologen aufsuchte. Vielleicht hätte man in diesem Falle unter gemeinsamer Controle eine gynäkologische Behandlung versuchen können; allein gerade bei hypochondrischen Kranken hat dies zwei Seiten. Häufig schiebt man dadurch eine krankhafte Sensation in den Hintergrund nur, um einer anderen, neuen Platz zu machen. Man muss sich hüten, solchen Kranken zu viel nachzugeben, da es sonst mit Wünschen der Behandlung in's unendliche geht. Auf den Grad der Hypochondrie kommt hier sehr viel an; Verf. hat eine Anzahl schwerer hypochondrischer Kranken behandelt, welche theils von einem, theils von mehreren Gynäkologen einer Behandlung unterzogen wurden und gerade auf diese eine Verschlechterung ihres ganzen Befindens zurückführten.

(Schluss folgt.)

58) **Jamot (Paris):** Cas très grave d'épilepsie. Guérison par la médication bromurée. (Ein schwerer Fall von Epilepsie. Heilung durch Kalium bromatum.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 146.)

J. behandelte einen jungen Mann an schwerer Epilepsie mit Kalium bromatum (Sirop de Henry Mure) und entliess denselben, nachdem er seit 13 Monaten keinen Anfall mehr gehabt, das Allgemeinbefinden sich gebessert, die Gedächtnisschwäche abgenommen, und da auch die intellectuellen Fähigkeiten nichts zu wünschen übrig liessen, aus der Cur.

Nach circa 30 Jahren traf er zufällig eines Tages jenen Mann, jetzt 35 Jahre alt, verheirathet und Vater zweier gesunder Knaben, wieder, und erfuhr auf Befragen von demselben, dass er sich seit jener Zeit, einer guten Gesundheit erfreut habe.

Nur in den ersten Monaten nach seiner Verheirathung seien leise Andeutungen erschienen, aber nach einem dreimonatlichen Gebrauch jenes Syrups (pro die 2 Essl.) vollständig verschwunden und seitdem nicht wiedergekehrt.

Pauli.

59) **Ch. Remy** und **Francis Villar** (Paris): Un cas de tetanus á début cephalique avec paralysie faciale.) Ein Fall von am Kopfe beginnendem Tetanus mit Parálýsis facialis.) (Gaz. des Hôp. 1888 Nro. 142.)

Diejenige Form von Tetanus, welche, von Parálýsis facialis begleitet, von einer in der Umgegend der Orbita befindlichen Wunde ihren Ausgang nimmt und gewöhnlich auf der mit derselben correspondirenden Gesichtshälfte als Trismus einsetzt, gehört zu den grossen Seltenheiten.

Im Gegensatz zu den von Roser und anderen Chirurgen beobachteten Fällen, bei welchen dysphagische Störungen vorhanden waren, wesshalb diese Form auch Tetanus hydrophobicus heisst, fehlten in dem mitgetheilten Falle jene Störungen. Pauli.

60) **G. H. Savage** (London): Mental disorders associated with marriage engagements. (Geistige Störung bei Verlobten.)

(The journal of mental science Okt. 1888.)

Bei Verlobten findet man nicht selten eine geistige Störung, deren genaueres Bild Verf. in anschaulichster Weise entwirft. Die Krankheit kommt bei beiden Geschlechtern gleichmässig vor, am häufigsten bei belasteten Individuen oder solchen, die schon anderweitig an nervösen Störungen litten, meist sind die Personen 30 Jahre alt oder mehr. Bei Männern mag Masturbation vorher dagewesen sein, doch ist geschlechtliche Abstinenz noch häufiger. Die Krankheit kommt auch wohl bei derselben Person mehrmals vor; bei Wittvern oder Wittwen wurde sie nie beobachtet. Der Krankheitsverlauf gestaltet sich in der Regel folgendermassen.

Ein junger Mann von bestem Rufe, der mit einem durchaus zu ihm passenden Mädchen verlobt ist, wird reizbar, matt, von jeder Arbeit rasch müde, der Schlaf wird durch Träume gestört oder aber fehlt völlig. Schlafmittel nützen dabei kaum etwas, schaden eher. Dyspepsie mit Constipation und im Anschluss daran Anaemie fehlt selten. Unter solchen Umständen bricht der junge Mann sein Verhältniss, nicht selten in herzlosester Weise. Dieser Bruch ist entweder von guter Folge oder aber treibt den Pat. in einen noch hoffnungslosern Zustand, in dem Selbstmord nicht selten ist. Die Hauptsymptome sind Verlust jeder Liebe, Schlaflosigkeit, Unmöglichkeit etwas zu thun; manchmal beobachtet man hierbei einen heftigen Ausbruch in Schmähungen oder aber, wenn der Braut die Schuld zugeschoben wird, sogar einen Mordversuch. Natürlich muss das Verlöbniß auf einige Zeit bei Seite gesetzt werden. Unerlaubten Geschlechtsgenuss anzurathen, ist im höchsten Grade verkehrt. Eine längere Trennung, eine Reise von mindestens 3 Monaten bringt oft Heilung. Wird dann die Verlobung erneuert, so ist baldige Heirath wünschenswerth. Eine Heirath während der Krankheit ist ganz zu widerrathen, weil man riskirt, dass der betreffende impotent wird und eine nie wieder schwindende Antipathie gegen die Gattin erwirbt.

Beim weiblichen Geschlechte ist das Krankheitsbild ein ähnliches.

Ein Mädchen, das sich verlobt hat und den Liebkosungen des Verlobten sich hingiebt, wird dadurch in ihren Gefühlen gestört und depkt, dass ihre Erregungen unkeusch seien, da in ihrem idealen Liebestraum die physische Liebe keinen Platz hat. Daraus resultirt dann ein Gefühl von Unwürdigkeit, Verwirrung und Schlaflosigkeit. Nach einiger Zeit wird unter einem nichtigen Vorwande die Verlobung aufgehoben, was ihr für den Augenblick Ruhe verschafft. Auch hier fehlen körperliche Störungen wie Menorrhagie oder Amenorrhoe, Dyspepsie, Verstopfung, Anaemie, Chlorose, fast nie. Aus diesem Zustande kann sich eine wahre Melancholie entwickeln, mit der Idee den Verlobten ins Unglück gestürzt zu haben, aus dem ihn niemand erretten könne; hierbei beobachtet man dann auch wohl Suicidalversuche, zumal wenn die Melancholie eine religiöse Färbung hat. Wird das Verlöbniß nicht gebrochen, vielmehr die Heirath vollzogen, so sträuben sich die Pat. regelmässig gegen jede geschlechtliche Annäherung des Gemahls; wird der coitus mit Gewalt vollzogen, so bricht nicht selten eine acute primäre Dementia aus, und wenn dies nicht der Fall ist, so bleibt sicher ein unauslöschlicher Hass gegen den Gatten nicht aus. So ist denn auch hier während der Krankheit eine Heirath unter allen Umständen zu verwerfen. Die ganze Krankheit ist, in der richtigen Weise behandelt, sehr wohl heilbar.

Im Zusammenhang hiermit erwähnt Verf. Fälle, wo Männer infolge eines Shocks oder einer unangenehmen Entdeckung an ihrer Frau (falsche Haare, künstliches Gebiss) von dem Gedanken impotent zu sein, befallen wurden, oder Fälle, wo ein sehr schmerzhafter erster Beischlaf zu schwerer Melancholie mit Suicidalneigung führte.

Strauscheid.

61) Conolly Norman (Dublin): A rare form of mental disease. (Grüblersucht). (The journal of mental science October 1888.)

Bei einer Frau von 32 Jahren traten im 5. Monat der 9. Schwangerschaft Zwangsgedanken auf in Form von beständigem Fragen und Grübeln (Griesinger's Grüblersucht). Die Pat. kam auch körperlich herunter, als sie nach Geburt des Kindes dasselbe noch 4 Monat stillte. Auf Rath des Arztes setzte sie das Stillen sofort aus, enthielt sich jeden geschlechtlichen Verkehrs, worin sie früher wahrscheinlich excedirt hatte, nahm reichliche Nahrung zu sich und erhielt ausserdem Eisen. Der Schlaf wurde durch Urethan herbeizuführen versucht. Bei dieser Behandlung wurde Pat. innerhalb eines halben Jahres geheilt, ein ausgezeichnetes Resultat bei einer Krankheit, die manche als von tbler Prognose ansehen.

Strauscheid.

62) Friedrich Bryan (London): A case of acute delirious mania complicated with strangulated hernia and with abnormal temperatures. (Ein Fall von acuter Manie complicirt mit Hernia incarcerata und abnormen Temperaturen.) (The Lancet 20. Oct. 1888.)

In dem vorstehenden Falle lag, wie die Section ergeben hat, eine Verdickung der mit einer gelatinösen Masse bedeckten Hirn-

häute vor, zweifellos die *causa proxima* der Manie, die sich deshalb zu einer acuten gestaltete, weil sich ihr gegenüber die *Hernie resp.* deren Consequenzen wie ein Shok verhielten.

Was jenen Fall aber besonders auszeichnete besteht darin, dass anfänglich die Temperatur eine aussergewöhnlich hohe und nachher eine ebenso niedrige war.

Da unter beiden Umständen die Unruhe des Kranken und die Delirien dieselben blieben, so muss angenommen werden, dass die Läsion der Hirnhäute das im Cortex gelegene Wärmecentrum in Mitleidenschaft gezogen hat, eine Annahme die die *intra vitam* vorhanden gewesene Paralyse des N. facialis und der Extremitäten sowie der Schwund ihrer Muskeln zur Gewissheit machen. Pauli.

63) **John Turner (Essex):** A case of post-febrile mental stupor or acute dementia. (The journal of mental science. October 1888.)

Der 16 jährige Knabe J. verfiel nach Ueberstehen eines Typhus ohne vorhergehende Zeichen einer Manie oder Melancholie in einen Zustand von Stupor; unter constanter Kräfteabnahme verlief die Krankheit innerhalb anderhalb Monaten tödtlich. Bei der Obduction fand man die Pia der frontalen und links auch der motorischen Corticalregion adhaerent, die Wandungen der kleineren Corticalgefässe verdickt, auf der Oberfläche der corpora quadrigemina kleine Granulationen, die aus Spinnenzellen bestanden. Im Anschluss an diesen Fall besteht Verf. auf der Richtigkeit der Bezeichnung „dementia acuta“ die von manchen Autoren angefochten wurde; die Krankheit beruht wie die Section lehrt auf einer Degeneration des Gewebes, das als Sitz des Geistes angesprochen werden muss, daher mit Recht der Name „dementia“. Straus'scheid.

64) **C. H. Hughes (St. Louis):** A case of general paresis.

(The alienist and neurologist. Oktober 1888.)

Ein 40 jähriger Kaufmann, erblich schwer belastet (ein Bruder war geisteskrank), früher syphilitisch infectirt, erkrankte im 40. Lebensjahre plötzlich an Grössenideen. Er war ein ausserordentlich thätiger Kaufmann gewesen, der sich Nachts kaum einige Stunden Schlaf gönnte. Infolge von chronischem Rheumatismus war er Morphinist geworden, liess aber bei Ausbruch der Krankheit das Morphium weg. Pat. hatte angeblich vorher, keinerlei nervöse Störungen erkennen lassen; nach der Erkrankung constatirte man Blasenstörung u. paralytische Sprachstörung ausser den Grössenideen; vorübergehend vorhandene Malaria-symptome sollen in der dortigen Gegend etwas alltägliches sein. Am 17. Tage der Erkrankung waren die psychischen Symptome 10 Stunden lang verschwunden, Pat. sprach völlig klar, beichtete und verfasste ein nachher vom Gericht als rechtskräftig anerkanntes Testament. Hierauf verfiel Pat. in einen Zustand von Stumpfheit, Fieber und Sopor, dem eine profuse Schweisssekretion folgte. Am 19. Tage war

Pat. dann wieder einige Stunden verhältnissmässig klar und starb am folgenden Tage, Morgens 7 Uhr. Verf. stellt die Diagnose: allgemeine Paralyse der Irren. Leider vermisst man den Sectionsbefund.
Strauscheid.

65) **Arndt** (Greifswald): Ueber das Othämatom. (Intern. Klin. Rundschau 1888. 44.)

Nachdem die patholog. Anatomie des Othämatom vornehmlich durch deutsche Untersuchungen dahin aufgeklärt worden ist, dass als Sitz des Blutergusses allgemein der zwischen Knorpel und Perichondrium befindliche Raum angesehen wird, hat in neuerer Zeit Mabile durch einen in der Société medico-psychologique zu Paris (31/6 87) gehaltenen Vortrag sich mit dieser Anschauung in Widerspruch gesetzt und behauptet, die Blutung sitze nicht in jenem Raum zwischen Knorpel und Knorpelhaut, sondern unter dem Unterhautzellengewebe, zwischen diesem und dem Perichondrium. Ob diese Anschauung richtig ist, ist zweifelhaft; keinenfalls aber hat sie Anspruch auf allgemeine Gültigkeit; und wenn wirklich hier und da einmal eine Ohrblutgeschwulst vorkommen mag mit dem Sitz der Blutung zwischen Perichondrium und Unterhautzellengewebe — für die Allgemeinheit ist das nicht die Regel. Auch Arndt steht auf dem alten Standpunkt. Seine Ausführungen sind so aus der Praxis geschöpft und bilden wegen ihrer derb-galligen Schreibart eine so erfrischende Lecture, dass wir das Referat recht ausführlich geben wollen.

„Nach den herrschenden Ansichten ist das Othämatom, die Ohrblutgeschwulst, immer das Erzeugniss einer groben Verletzung, welche das betreffende Ohr von Aussen her erfahren hat. Da man es Erfahrungsgemäss am häufigsten in Irrenanstalten antrifft, und zwar bei den verkommensten Kranken, welche die meiste Plage erfordern, und diese durch ihr zweckwidriges Gebahren oft aufs äusserste erschweren, so hat man die rohen Fäuste roher ungeduldiger Wärter ganz besonders für seine Entstehung und Ausbildung verantwortlich gemacht. Namentlich von Seiten der Chirurgen ist das geschehen, und manche derselben, gewohnt alle biologischen Vorgänge in grob mechanischer Weise nach den Verhältnissen der Mechanik im engeren Sinne des Wortes aufzufassen, können es nicht unterlassen, wenn ihnen einmal im Laufe der Jahre ein Othämatom zur Behandlung vorkommt, auseinanderzusetzen, dass, weil das Othämatom nur auf grob mechanische Weise entstehe, in den Irrenanstalten sich aber am häufigsten finde, es hier auch nur durch grob mechanische Einflüsse hervorgerufen sein könne, zu deren Entwicklung die Irrenanstalten ganz besonders Gelegenheit geben. Die armen Blödsinnigen, in der Obhut roher Wärter, seien den Fäusten derselben zu sehr überlassen, und diese letzteren seien denn auch die wahre, die alleinige Ursache der Othämatome.“

Gegen diese Anschuldigungen, welche leider in der Autorität Gudden's eine Stütze gefunden haben, sind die Ausführungen Arndt's gerichtet, „denn diese Anschuldigungen beruhen auf grösstentheils ganz mangelhaften Beobachtungen, auf völliger Unkenntniss des

Wesentlichen an der Sache und dementsprechend denn auch auf durchaus falschen Voraussetzungen“.

„Das Othämatom, die Ohrblutgeschwulst, bedingt durch einen Bluterguss unter das Perichondrium, d. h. zwischen dieses und dem Knorpel, von welchem sich letzteres gelöst hat, und zwar an der inneren vorderen Seite der Ohrmuschel, kommt allerdings wohl immer endgiltig nur durch die Einwirkung eines von aussen her sich bethätigenden mechanischen Vorganges zu Stande; allein derselbe kann so geringfügig sein, dass er auf die Bezeichnung *Gewalt* und durch sie erzeugte *grobe Verletzung* auch nicht im Entferntesten Anspruch hat. Ein leichtes Kratzen oder Schenern am Ohr, ein blosses Liegen auf demselben bei ganz weicher Unterlage, Rosshaarkissen, selbst Federkissen ist genügend um es hervorzurufen. Das Ohr, die Ohrmuschel muss krank sein, damit das Othämatom entstehe. An einem gesunden Ohre entsteht es nie, mag dasselbe auch gemisshandelt werden, wie es wolle. Die tägliche Erfahrung liefert dafür tausendja millionenfache Beweise. Durch fortgesetzte Misshandlungen kann das Ohr freilich zuletzt erkranken und dadurch zur Entwicklung eines Hämatoms vorbereitet, disponirt werden; allein ohne eine solche Disposition, dazu kommt es, wie schon hervorgehoben, nie zu derselben. Die dicken aufgeschwollenen Ohren der beiden vatikanischen Pankratiasten, die seit Winkelmann als Othämatome gegolten haben, entstanden durch die vielen Faustschläge, welche sie getroffen, sind wie ich mich durch den Augenschein überzeugt habe, gar keine Othämatome; es sind bloss zerpuckte, in allen ihren Theilen, in ihrem ganzen Umfange dick aufgelaufene, in ihrer Gesamtheit geschwollene Ohren. Dass solche Ohren gelegentlich auch einmal verkrüppeln können, was beim Othämatom die Regel ist, dass sie ebenso auch einmal brandig absterben und zu einer Bildung von hässlichen Stümpfen führen können, liegt auf der Hand. Dass sie endlich auch sonst noch dauernd erkranken und dadurch dann wieder zur Entstehung von Hämatomen an ihnen Veranlassung zu geben vermögen, ist schon erwähnt.

Damit es zur Entstehung eines Othämatoms kommen kann, muss der Ohrknorpel degenerirt und in Folge der Degeneration brüchig geworden sein. Wie das insbesondere von Ludwig Meyer betont worden ist, und ich immer und immer wieder bestätigt gefunden habe, muss der Netzknorpel sich in hyalinen Knorpel umgewandelt haben, muss danach der asbestartigen, streifig-bindegewebigen Degeneration, einer endlichen Erweichung, Vascularisation und leichten Lösbarkeit vom Perichondrium verfallen sein. Ist das aber geschehen, so kann auch die kleinste äussere mechanisch einwirkende Schädlichkeit, ein blosses Scheuern oder Kratzen an dem auf Grund seiner Veränderungen juckenden Ohre, ein blosses Liegen auf demselben, auch auf ganz weicher Unterlage, den Knorpel zum Bruche bringen, ihn dabei von dem umgebenden Perichondrium trennen, Blutungen aus den zerissenen vornehmlich dünnwandigen neugebildeten Gefässen verursachen und damit endlich zur Entstehung eines grösseren oder kleineren Blutergusses an der hohlen und deshalb zu seiner Ausbildung geeigneteren

inneren oder vorderen Seite der Muschel, und zwar vorzugsweise in die Concha werden. Doch ist ein häufiger Sitz dieses Ergusses, von dem das Othämatom ja seinen Namen hat, auch die Fossa triangularis und scaphoidea. Der Erguss kann sehr klein, von der Grösse einer Linse, einer flachen Bohne, oder deren Hälfte sein, so dass er leicht übersehen wird — es sind dann auch beim genauesten Nachsehen nicht die leisesten Spuren einer Verletzung, durch welche er ins Dasein gerufen sein mochte, zu entdecken — oder er kann die Grösse eines Hühnereies erreichen. Er hebt dann die ganze Auskleidung der Concha, in extremen Fällen die Bekleidung der ganzen Vorderseite der Ohrmuschel ab. Vor derselben liegt dann eine prall gespannte, doch immerhin noch schwappende, rothe Geschwulst, welche den Gehörgang meist vollständig verlegt. Das Othämatom kann in einer einzigen Nacht entstehen und zu einer auffallenden Grösse gelangen — solche Fälle von ihm werden hauptsächlich als Beweis für seine durch brutale Gewalt bedingte Existenz angesehen — es kann aber auch und thut es vielfach, sich in erst acht bis vierzehn Tagen und darüber, häufig deutlich schubweise aus den leisesten, meist lang übersehenen Anfängen zu bedeutender Grösse herausbilden, und diese Fälle sprechen durchaus gegen seine bloss traumatische Natur. Man fadet gerade bei ihnen, und wenn man auch aufs peinlichste nachforscht, nicht die geringste Andeutung einer Verletzung. Die Degeneration des Ohrknorpels, welche der Hämatombildung zu Grunde liegt, kann rein örtlich bedingt sein, z. B. durch Neubildungen, wie Enchondrome und ihre Folgen, durch Ablagerungen von Stoffwechselproducten, namentlich harnsaurer Salzen, wovon Ansammlungen zu Knötchen in den Ohrmuscheln bekanntlich öfter vorkommen und die Diagnose Gicht sichern helfen, ferner durch Gefässerkrankungen, Verengerungen, Schlängelungen Erweiterungen, Verdickungen, beziehentlich Entzündungen der Gefässe, wie sie ebenfalls vorzugsweise bei Gichtikern vorkommen u. dgl. — in solchen Fällen entsteht das Othämatom bei sonst gesunden, oder doch wenigstens für gesund gehaltenen Leuten — aber in der grössten Mehrzahl der Fälle tritt es bei Personen auf, deren Ernährung im Allgemeinen schwer gelitten hat, besonders auf Grund von mangelhafter Innervation, sei es, dass diese letztere das von vornherein bedingende Element derselben war, sei es, dass sie erst später zur Geltung kam. Bei Geisteskranken und vornehmlich solchen, die es auf Grund der allgemeinen progressiven Paralyse sind, kommt desshalb das Othämatom am häufigsten vor. Die Irrenanstalten sind deshalb auch seine bevorzugte Heimstätte, die elendesten heruntergekommensten Bewohner derselben seine vornehmlichsten Träger, und die Aerzte an ihnen seine vertrautesten Bekannten. Diese letzteren wissen daher auch am besten über seine Natur, seine Herkunft, seine Entwicklung und Ausbildung zu urtheilen, vorausgesetzt dass sie Lust und Liebe, Geschick und Vorurtheilslosigkeit genug haben, um den ersten Spuren seines Auftauchens mit Erfolg nachzugehen und so die wahren Ursachen aufspüren zu können. Dann aber kommen sie auch bald zu der Erfahrung, dass, wenn auch viel-

leicht immer das Othämatom erst aus äusserer Veranlassung hervorgeht, dass es der Hauptsache nach doch nur der Ausdruck einer tiefen Ernährungsstörung ist, bald einer bloss mehr lokalen, bald —und das ist der ungleich häufigere Fall— einer mehr allgemeinen. Für letzteres zeugt auch der Umstand, dass, wo das Othämatom sich findet, sich auch entsprechende Veränderungen in anderen Organen finden, die gelegentlich ebenfalls zu einer Hämatombildung führen, wie die Chondromalacia nasi, laryngis, costarum, welche dem Rhinhämatom, zumeist am Septum narium, dem Larynxhämatom, hauptsächlich am Inneren der Cartilago thyrioidea, den Hämatomata costarum, an der konkaven Seite der Rippen zu Grunde liegen; ferner die Osteomalacie, Osteoporose, die Osteotrophie, überhaupt, welche alle eine abnorm leichte Brüchigkeit der Knochen zur Folge haben, die Myatrophie, die verschiedenen Atrophien der Epidermoidalgebilde, z. B. Erbleichen und Ausfallen der Haare, das Erkranken und Ausfallen der Zähne, der Nägel und ähnliche Affectionen mehr.

Das Othämatom heilt kaum jemals ohne eine Verkrüppelung der Ohrmuschel. Allein diese Verkrüppelung kann selbst bei hochgradiger Entwicklung der Othämatome nur wenig auffallend sein, indem sie in einer blossen, allerdings meist recht beträchtlichen Verdickung der Ohrmuschel besteht. Diese selbst indessen kann in ihren Formen gut erhalten sein und braucht deshalb keine Entstellung zu bedingen. Die Verkrüppelung kann aber auch sehr bedeutend werden, und missgestaltete Stümpfe können die Stelle der ehemals wohlgestalteten Muschel einnehmen.

Die zweckmässigste *Behandlung* besteht meinen Erfahrungen nach in einem Schutzverbande, damit das Ohr so wenig als möglich irritirt werde. Othämatome, und unter diesen ganz mächtige, welche von den betreffenden Kranken nicht herthrt wurden, welche von anderen nicht berührt werden durften, selbst nicht von den Aerzten, bildeten sich zurück, beziehungsweise heilten, dass bei gewöhnlicher mehr oberflächlicher, unbefangener Beobachtung von ihnen nichts mehr zu sehen war, das bezügliche Ohr durchaus wohlgeformt erschien. Der Bluterguss wird einfach resorbirt und die Ohrform im grossen Ganzen wird gut erhalten. Bricht das Hämatom dagegen auf, was sehr häufig geschieht, wird es künstlich entleert, wozu namentlich bei messerliebenden Aerzten eine grosse Neigung besteht, so tritt leicht während des Heilungsprocesses eine zu starke Schrumpfung und dadurch bedingte Verkrüppelung des in Betracht kommenden Ohres auf. Das aufgebrochene Othämatom eitert nicht, es jaucht; eine blutig seröse, manchmal recht unangenehm ranzig riechende Flüssigkeit ist es allein, die abgesondert wird. Je länger das dauert um so stärker ist die Bindegewebswucherung in Folge der reactiven Entzündung, welche über lang oder kurz sich ausbildete. Durch die narbige Schrumpfung dieses Bindegewebes wird später die beregte Verkrüppelung herbeigeführt, welche um so bedeutender sein wird, sein muss, je länger und lebhafter jene war. Sehr häufig tritt in diesem narbigen Bindegewebe nachher echter Knochen auf.“ R.

66) **Campbell Clark** (Glasgow): The sexual and reproductive functions, normal and perverted, in relation to insanity. (Beziehung der Geisteskrankheiten zu den Geschlechtsfunctionen.)

Verf. gibt in obigem Aufsätze nur eine Andeutung der Beziehungen, welche zwischen Geisteskrankheiten und dem geschlechtlichen Leben des Weibes existiren, gleichsam nur eine genauere Disposition zu dem interessanten Thema, dessen ausführliche Behandlung man sehr vermisst. Schon im Beginn der geschlechtlichen Reife, beim ersten Auftreten der Menstruation sieht man mitunter nervöse Störungen einsetzen, wie Epilepsie, Chorea, Chlorose (die ja Trousseau als Nervenkrankheit auffasste) u. abnorme geschlechtliche Entwicklung. Von den Störungen der Menstruation werden drei Fälle betrachtet: Amenorrhoe, Dysmenorrhoe und Menorrhagie. Amenorrhoe kann die Ursache, wie auch die Folge von Geisteskrankheiten sein; zu beachten ist das Zusammenreffen von Phthisis und Amenorrhoe als Ursache der Psychosen. Der Dysmenorrhoe glaubt Verf. keinen grossen Werth beilegen zu sollen, ebensowenig der Menorrhagie. Drei Formen von geistigen Störungen: 1. Erregung und Reizbarkeit. 2. Depression. 3. Stupor sind vor allem mit Menstruationsanomalien verknüpft doch nicht mit bestimmten Typen derselben. Von dem climacterium wird erwähnt, dass es nicht nur geeignet ist, Irresein hervorzurufen, sondern auch einen grossen Einfluss auf lange bestehende Fälle von Geisteskrankheit auszuüben.

Zu dem Geschlechtsgenuss und dessen Uebertreibung übergehend bemerkt Verf., dass nach zahlreichen eignen Versuchen Milchdiät die Heftigkeit des Geschlechtstriebes herabsetze, Fleischdiät sie eher steigern. Masturbation, die übrigens nach der Ansicht des Verf. sehr wohl von selbst erlernt werden kann, ist bei Geisteskrankheiten bald von primärer, bald von secundärer Bedeutung. Selten beobachtet man im Gefolge von Onanie im Jünglingsalter eine Verbindung von Irresein mit allgemeiner progressiver Atrophie; während die Pat. physisch nach einiger Zeit gesunden, bleiben sie geistig regelmässig dauernd krank. Die gewöhnlichen direkten Folgen von Masturbation sind nach C. Gewaltthätigkeit, Gereiztheit, Fluchtversuche, wie ja ausserhalb von Psychosen dem Masturbationsakte in der Regel irgend eine Form von Aufregung folgt.

In der Schwangerschaft sind geringe nervöse oder geistige Störungen sehr häufig, wahre Geisteskrankheit höchst selten. Letztere tritt in der Regel als Melancholie auf. Während des partus beobachtet man öfters eine mania transitoria. Dem puerperalen Irresein gehen vielfach Prodrome voraus so eine Erhöhung der Temperatur und Pulsfrequenz, Verschwinden der Lochien, Schlaflosigkeit, Hyperästhesie besonders gegen alle Geräusche, böse Träume, Frost etc. Von Lactationspsychosen will Verfasser erst 3 Monate post partum gesprochen wissen, dieselben sind oft verbunden mit leichtem Bronchialkatarrh, rheumatischen Schmerzen und Gelenkschwellungen, grosser Schüchternheit, die besonders in Gegenwart des Arztes zur Schau getragen wird, Gewaltthätigkeit, Heftigkeit der Neigungen und Abneigungen.

Strausheid.

67) **J. Jörger** (St. Pirminsberg): Das inducirte Irresein.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 45. H. 4. 1888.)

Verf. unterscheidet I) Uebertragung auf dem Wege der Emotion.
II) Uebertragung durch Implantation von Wahnideen:

Zu I: a) Die primär erkrankte Person spielt bei der Uebertragung eine unbewusste Rolle.

b) Der Inhalt der primären Psychose kommt bei der Uebertragung als wirksame Ursache nicht in Betracht.

c) Die wirkende Ursache der Uebertragung ist die äussere Erscheinung der primären Psychose.

d) Die secundär erzeugten Psychosen sind heilbare Psychosen und einfache Neurosen.

e) Die Uebertragung ist eine acute oder eine subacute.

Zu II: a) Die primär erkrankte Person spielt bei der Uebertragung eine bewusste, active Rolle.

b) Der Inhalt der primären Psychose wirkt als solcher im Sinne der Uebertragung; er muss logisch geordnet und relativ wahrscheinlich sein.

c) Wirkende Ursachen der Uebertragung sind der Inhalt der primären Psychose und die Activität der primär erkrankten Person.

d) Die secundär erzeugte Psychose ist eine systematisirte Wahnsinnsform.

e) Die Uebertragung ist eine subacute oder chronische.

K r o n.

IV. Tagesgeschichte.

In Wien ist an Leidesdorfs Stelle v. Krafft-Ebing gewählt worden. — In Bonn ist Nasse gestorben; da bei der Neubesetzung der Stelle die academ. Lehrthätigkeit am meisten Rücksicht verlangt, dürfte Siemerling in Berlin als der geeignetste Nachfolger erscheinen. — In Wiesbaden wird der VIII. Congress für innere Medicin vom 15. bis 18. April tagen. — Aus dem Königreich Sachsen wird eine Reorganisation des Irrenwesens mit Vermehrung der Anstalten angekündigt. —

**Um Einsendung von Separat-
Abdrücken, Dissertationen, Ver-
einsberichten u. s. w. an den Heraus-
geber wird freundlichst gebeten.**

Red.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. pr.
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thoman
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkranken daselbst.

12. Jahrg.

15. Februar 1889.

Nr. 4.

Inhalt.

I. Originalien. Zwei Fälle von Einwirkung eines Gesichtserypels auf bestehende Melancholie. Von Dr. med. Joh. Dinter, Assistenzarzt an der Irrenanstalt Hildburghausen.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

1. 3. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. S. Pirogow. Von Dr. Hinze in Petersburg.

Osereszkowski: Ueber Hysterie im Heere.

Uspenski: Ueber den schädlichen Einfluss einer fehlerhaften Körperhaltung.

Tokarski: Zur Frage von dem schädlichen Einfluss des Hypnotisirens.

Danillo: Ueber die therapeutische und forensische Bedeutung des Hypnotismus.

2. Verein für innere Medicin. Von Dr. J. Ruhemann.

Remak: Ein Fall von Melkerkrampf.

Mendel: Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht.

III. Referate und Kritiken. Dees: Zur Anatomie und Physiologie des Nervus vagus. Spitzka: Die Centren der Augenbewegung und ihre Coordination. Inglis: Beitrag zur Pathologie der tropischen Störungen des Muskelsystems. Wernicke: Herderkrankung des unteren Scheitelläppchens. Shaw: Degeneration peripherer Nerven bei Tabes. Doorenbos: Periphere Neuritis bei verschiedenen Allgemeinerkrankungen. Suckling: Bemerkungen über periphere Neuritis. Letulle: Quecksilber-Neuritis. Buzzard: Multiple alkohol. Neuritis. Gnauck: Ueber das Verhalten von Neurosen nach gynäkologischen Operationen. (Schluss.) Gottstein: Die im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopfaffectationen. Stepp: Beitrag zur Beurtheilung der nach heftigen Körpererschütterungen (bei Eisenbahnunfällen) auftretenden Störungen. Jakobi: Postepileptische Hysterie. Field: Ist der Glaube an Spiritismus immer ein Beweis von Geisteskrankheit?

IV. Aus den Academien und Vereinen.

1. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Nothnagel: Ein Fall von complicirter cerebraler Erkrankung.

Lorenz: Ueber die Bedeutung der Paresis und Paralysis des Musculus quadriceps femoris für die Entstehung der paralytischen Contracturen.

2. Verein der Aerzte in Steiermark.

Eppinger demonstirt a) ein Gehirn mit gehellter Schussverletzung b) zwei Gehirne mit corticaler Zertrümmerung.

3. Académie de médecine zu Paris.

Selbstverstümmelung bei Geisteskranken.

4. New-York Neurological Society.

Weber: Fälle von Paralysis agitata.

Fred-Petersen: Principien der Craniometrie.

Booth: Gesichtsstörungen bei progressiver Muskelatrophie.

I. Originalien.

Zwei Fälle von Einwirkung eines Gesichtsrupisels auf bestehende Melancholie.

Von Dr. med. JOH. DINTER,

Assistenzarzt an der Irrenanstalt Hildburghausen.

Im Jahre 1861 stellte Berthier die Behauptung auf, dass jedes Fieber einen merkbaren Einfluss auf bestehende Geistesstörungen ausübe, so zwar, dass es bei psychischen Aufregungszuständen eine zeitweilige Besserung, bei Melancholie und mit Lähmung complicirtem Irresein eine Verschlimmerung bewirke. Heutzutage wird kaum Jemand diese Behauptung als richtig anerkennen, denn einerseits werden Jahr aus Jahr ein zahlreiche Fälle beobachtet, bei denen intercurrente fieberhafte Erkrankungen keinen Einfluss auf die bestehende Psychose ausüben, andererseits sind in der Literatur genug Fälle von Melancholie, ja selbst von Paralyse beschrieben, die durch Hinzutreten einer körperlichen, mit Fieber verlaufenden Krankheit geheilt oder wesentlich und dauernd gebessert wurden.

Im vergangenen Frühjahr hatte ich Gelegenheit auf der Irrenabtheilung des Dresdener Stadtkrankenhauses 2 einschlägige Fälle zu beobachten, deren Veröffentlichung in dankenswerther Weise Herr Oberarzt Dr. Ganser mir überlassen hat.

Fall 1.: Emilie H., 52 Jahre alt, Rentierschekfrau, stammt aus körperlich und geistig gesunder Familie; sie hat viel häuslichen Kummer gehabt: Vor einigen Jahren erkrankte der Sohn, nachdem er während seiner Studienzeit den Eltern wenig Freude bereitet hatte, an Tobsucht und trägt jetzt nach mehrjährigem Wohlbefinden unzweideutige Zeichen von Dementia paralytica. Mehr noch als dies übte gewiss eine deprimirende Wirkung aus die jahrelange rohe Behandlung, welche Frau H. seitens ihres erblich stark belasteten, früher trunksüchtigen, seit längerer Zeit geistesgestörten und gelähmten Mannes erdulden musste.

In Folge dieser Verhältnisse war Frau H., die vordem heiter und zufrieden gewesen, seit einiger Zeit sehr gedrückt und niedergeschlagen. Im März des Jahres 1888 wurde sie auffallend ängstlich und unruhig, lief viel im Zimmer umher, schlief und ass so gut wie gar nicht. Am 15. März ward sie in das Stadtkrankenhaus gebracht.

Sie war sehr schlecht genährt und ausserordentlich blutarm, zeigte jedoch ausser einer Atrophie beider Trommelfelle und in Folge derselben bestehender Schwerhörigkeit keine Organerkrankung.

Sie war sehr unruhig, nur mit Mühe im Bette zu erhalten, drängte stets nach der Thür, sprach von selbst fast gar nichts, auf Fragen nur wenig. Der Gesichtsausdruck, wie die oberflächliche, beschleunigte Athmung bekundeten heftige Angst. In kurzen, abgerissenen Sätzen äusserte sie Versündigungsideen, welche durch Gehörs-

hallucinationen unterhalten wurden: sie habe gehört, dass die Welt untergehen solle und dass alle Menschen sterben müssten, sie allein sei Schuld daran, da sie Alles verkehrt gemacht habe und dgl. Die Nahrungsaufnahme war sehr gering und Zureden dabei ziemlich erfolglos.

Nachdem dieser Zustand eine Woche unverändert bestanden hatte, trat am 23. März eine unerwartete sichtliche Besserung ein, welche sich in freiwilliger Bettruhe, reichlicher Nahrungsaufnahme, nächtlichem Schlaf und in klarer prompter Auskunft über die Krankheitserscheinungen kundgab. Am folgenden Morgen war unter starkem Fieber (38,9 C.) ein Gesichtserysipel ausgebrochen, welches mit Schwellung und Röthung von der rechten Wange ausging und sich in den folgenden 5 Tagen über die Nase, die linke Wange und die Stirn bis zur Haargrenze hinzog und dann zurückging, während das Fieber unter starken Morgenremissionen von 40° Abendtemperatur des ersten Tages zu 37,1 des fünften Tages langsam sank. Während dieser 5 Tage war die Kranke völlig frei von Angst, ass und schlief leidlich, zeigte aber ein etwas apathisches Wesen und sprach nur, wenn sie gefragt wurde.

Mit der Rückkehr zur normalen Körperwärme trat wieder Angst ein, welche von stundenlangen freien Zwischenräumen unterbrochen war, grosse Unruhe, Verständigungsideen und Gehörstäuschungen brachte, während die Kranke in den Intervallen völlig ruhig war, klare Auskunft über ihre Sinnestäuschungen gab (sie habe die Aufforderung gehört, ihre Sachen aufzubewahren, damit die Motten nicht hineinkämen, habe ihre Kinder umgebracht, sie müsse in das Armenhaus) und vollständige Krankheitseinsicht besass. Von Tag zu Tag wurden die angstreien Zwischenräume länger und von dem 5. April, dem 8. Tage der Entfieberung, an war die Kranke vollständig frei, klar und geordnet, hatte Krankheitseinsicht, ungestörten Schlaf und vortrefflichen Appetit. Bloss ihre Körperschwäche und die Berücksichtigung ihrer misslichen Familienverhältnisse waren der Grund, sie bis zum 6. Mai im Krankenhaus zu behalten, an welchem Tage sie vollkommen geheilt nach Hause zurückkehrte. Seit ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus ist sie, soweit mir bekannt, geistig und körperlich gesund geblieben.

Der II. Fall betrifft eine 49 jährige Aufwärterin Therese M., deren Mutter stets schwermüthig gewesen ist und deren sämtliche Geschwister hochgradig nervös sind. Sie war von Haus aus nicht gut beanlagt, genoss unter fremden Leuten eine mangelhafte Erziehung und heirathete mit 25 Jahren einen Trinker, welcher für seine Familie schlecht sorgte und sie schliesslich verliess.

Frau M., die von jeher sehr still und niedergeschlagen, bisweilen auch sehr reizbar gewesen war, hat sich schon mehrere Male in irrenärztlicher Behandlung befunden: 1858 wegen Tobsucht; 1875 wegen Schwermuth mit Selbstbeschädigung.

Seit ihrer Entlassung scheint ihr geistiger Zustand ziemlich nor-

mal gewesen zu sein: sie lebte bei ihrer Tochter und verdiente ihren Lebensunterhalt durch Aufwartungen, war fleissig und ordentlich, aber etwas still. Mitte Januar 1888 wurde sie arbeitsunlustig, langsam und unordentlich in ihren Arbeiten und nachlässig in ihrer Körperpflege. Als bald nachher ihre Tochter sich verheirathete, wurde sie ängstlich und unruhig, weinte, sie könne ihr Fortkommen nicht mehr finden, die Miethe nicht zusammenbringen u. s. w. Unter zunehmender Angst und Unruhe brachte sie sich am 5. März je 2 oberflächliche Hautwunden am Hals und am linken Handgelenk bei, was ihre Ueberführung in das Krankenhaus zur Folge hatte.

Sie war schwächlich, schlecht genährt und blutarm, übrigens körperlich nicht krank.

In das Bett gelegt blieb sie unbeweglich, den Körper nach vorn gebeugt, mit ängstlichem Gesichtsausdruck; die Athmung war oberflächlich, die Auffassung und der Gedankenverlauf sehr verlangsamt, die Antworten abgerissen, die Stimme leise und monoton. Geklagt wurde über grosse Angst: sie habe nichts mehr zu leben, sie müsse fort von der Welt, die Leute seien nicht mit ihr zufrieden u. s. w. Schlaf und Esslust waren sehr gestört, Hallucinationen wurden in Abrede gestellt, während sie bei den früheren Erkrankungen vorhanden gewesen seien; Krankheitsbewusstsein fehlte.

5 Wochen nach der Aufnahme in das Krankenhaus zeigte sich ein Erysipel, welches unter hohem Fieber (bis 40,2° C. Abends, von der rechten Seite der Nase aus sich über das ganze Gesicht und den grössten Theil des behaarten Kopfes verbreitete, ohne auf den psychischen Zustand mehr als einen ganz vorübergehenden Einfluss auszuüben. Während der Entfieberung nämlich, am 16. April, wo die Morgentemperatur 37,8° C. betragen hatte, war die Kranke während einiger Stunden des Vormittags angstfrei, beantwortete Fragen mit vollständigen Sätzen, gab an, im Anfang ihrer Erkrankung viele Stimmen gehört zu haben, aber jetzt frei davon zu sein; besass aber eigentliche Krankheitseinsicht nicht. Schon am Nachmittag desselben Tages trat wieder ganz der frühere ängstliche Zustand mit Nahrungsverweigerung und starker Verlangsamung des Denkens ein und blieb unverändert bis zum 25. April 1888, dem Tage der Ueberführung der Kranken nach der Irrenheilanstalt Sonnenstein.

Dem ganz vorübergehenden Einflusse, welchen in diesem zweiten Falle das fieberhafte Gesichtserysipel auf den Verlauf einer schweren Angstmelancholie hatte, steht der erste Fall mit seiner energischen, den Krankheitsverlauf günstig beeinflussenden Einwirkung gegenüber. Der günstige Einfluss tritt schon am Tage vor dem sichtbaren Ausbruch des Erysipels in auffallender Weise in die Erscheinung, bleibt während der ganzen Dauer des Fiebers unterbrochen, bewirkt aber keine kritische Beendigung des psychischen Krankheitsprocesses, sondern einen mit der Entfieberung einhergehenden, unter starken Remissionen innerhalb 8 Tagen allmählig zur völligen Genesung führenden Verlauf.

In diesem letzteren Punkte steht Fall I. in Uebereinstimmung mit den meisten der in der Literatur beschriebenen ähnlichen Fälle, auf deren Aufzählung ich verzichte unter Hinweis auf die vollkommenen Literaturnachweise, welche Lehmann in seiner kürzlich erschienenen Arbeit über den gleichen Gegenstand (Zeitschr. für Psych. Bd. XLIII.) gegeben hat.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. 3. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. S. Pirogow.

(St. Petersburg 3/15—10/22 Januar 1889.)

Von Dr. Hinze in Petersburg.

Neurologische Section.

68) Oserezkowski (Moskau): *Ueber Hysterie im Heere.*

Redner hat im Moskauer Militärhospital 38 Fälle von Hysterie an Soldaten beobachtet und kommt auf Grund seiner und der in der Literatur verzeichneten Fälle zu folgenden Schlüssen:

- 1) Fälle von Hysterie kommen im Heere gar nicht selten vor.
- 2) Die klinischen Erscheinungen der Krankheit, wie sie an den Soldaten sich zeigen, sind ebenso mannichfaltig, wie bei den Weibern.
- 3) Die Hysterie beim Militär ist bis in die neueste Zeit verkannt worden, weil sie für Simulation oder für eine organische Erkrankung gehalten wurde.
- 4) Die Hysterie muss in die Liste derjenigen Krankheiten eingetragen werden, welche das Recht zur Befreiung vom Militärdienst geben.
- 5) Schwer heilbare Erkrankungen an Hysterie geben das Recht, diese zu den Krankheiten zu zählen, welche die Betreffenden von dem Kriegsdienste ganz befreien.

69) P. J. Uspenski (Privatdocent in St. Petersburg): *Ueber den schädlichen Einfluss einer fehlerhaften Körperhaltung.* Thesen.

- 1) Der Unterschied zwischen der Gestalt des hentigen Menschen und der, als Ideal von Schönheit geltenden antiken Bildsäulen wird durch eine Schwäche der Bauch- und Rückenmuskeln bedingt.
- 2) Trotz allen Widerspruchs gegen die Corsets, werden die Weiber sie so lange tragen, bis sie nicht gelernt haben, ihre eigene, angeborene Taille zu haben, was am besten durch Gymnastik und Elektrizität zu erreichen sei.
- 3) Die gegenwärtige Haltung des Rumpfes übt einen nachtheiligen Einfluss auf Verdauung, Athmung und besonders die Blutcirculation aus. Die, den Gehirnblutungen zu Grunde liegenden miliaren Aneurysmen verdanken hauptsächlich der fehlerhaften Haltung des Rumpfes ihre Entstehung.

70) A. A. Tokarski (Moskau): *Zur Frage von dem schädlichen Einflusse des Hypnotisirens.* Thesen.

1) Bei der Beurtheilung des Einflusses des hypnotischen Schlafes und der Suggestion muss die Art der Einschläferung und der Eingebung berücksichtigt werden.

2) Der schädliche Einfluss des Hypnotisirens äussert sich als abhängig von dem Verhalten des Subjects gegenüber der Einschläferung, wobei

3) die Angst vor dem Hypnotisirtwerden mit gleichzeitiger Vorstellung der zu erwartenden Folgen keine geringe Rolle spielt.

4) Ein regelwidriges Verhalten des Einzuschläfernden kann unerwünschte Complicationen hervorrufen und kann dabei

5) starker Widerstand die psychische Aufregung des zu Hypnotisirenden und dadurch die Möglichkeit schädlicher Folgen steigern.

6) Eine, wenn auch ohne besondere Schärfe, gegen den Willen des Subjects hervorgerufene Einschläferung kann gleichfalls nachtheilige Folgen nach sich ziehen.

7) Eine übermässige Anstrengung der Augenmuskeln bei anhaltender Fixation ruft Kopfschmerz hervor und producirt mitunter Krampfanfälle.

8) Die Suggestion muss immer vorsichtig geübt werden und muss man sich in gewissen Fällen nur mit der Wirkung des hypnotischen Schlafes begnügen.

9) Die Suggestionen müssen nur von *einer* Idee ausgehen und unter den gewöhnlichen Lebensverhältnissen des Subjects ausgeführt werden.

10) Theilweise, zur Entfernung einzelner Krankheitssymptome ausgeführte Suggestionen müssen mit den allgemeinen, auf Heilung hinielenden im Zusammenhange stehen.

11) Die Nichterfüllung dieser Forderungen bedingt ein Ersetzen gewisser Symptome durch andere, das Auftreten von spontanem Somnambulismus und Störung des psychischen Gleichgewichtes im Allgemeinen.

12) Alle Suggestionen, deren dauernder Einfluss nicht wünschenswerth ist, müssen abgeändert werden, was bei etwa anzustellenden Versuchen besonders wichtig ist.

13) In einigen Fällen tritt nach mehrfach angestellter Einschläferung eine Neigung zu Autohypnotisirung auf, wogegen

14) bei entsprechender Indication das Verbot, einzuschlafen, suggerirt werden muss.

15) Eine ungeheuerere Mehrzahl aller Fälle von schädlicher Einwirkung des Hypnotisirens wird durch die Nichtbefolgung der oben angeführten Forderungen bedingt.

16) Man muss zugeben, dass bei Subjecten mit übermässiger Erregbarkeit der nervösen Elemente und grösserer Nervenschwäche durch Störung des psychischen Gleichgewichtes selbst bei vorsichtigem Hypnotisiren unerwünschte und unerklärliche Complicationen auftreten können, leider ist bei der Beschreibung solcher, übrigens nicht zahlreicher Fälle die Methode der Hypnotisirung nicht immer angegeben.

17) Einige Formen des hypnotischen Schlafes bieten selbst unerwünschte Erscheinungen dar, wie spontane Delirien und Hallucinationen, was eine Wiederholung der Hypnotisirung verbietet, wenn die Suggestionsfähigkeit mangelt.

18) Im Allgemeinen dienen der Einfluss der Nachahmung, die Complicirtheit des psychischen Processes während des hypnotischen Schlafes, die ausserordentliche Empfänglichkeit des Subjects für äussere Einflüsse, sowie der (mögliche) Missbrauch von Seiten unwissender oder übelwollender Personen als genügender Grund zum Verbote öffentlicher hypnotischer Vorstellungen, wie ein solches bereits in Deutschland, Oestereich, Italien, Dänemark, Belgien und der Schweiz besteht.

19) Dieses Verbot bezieht sich nicht auf die ärztliche Anwendung und der wissenschaftlichen Erforschung des Hypnotismus.

20) Es ist wünschenswerth, dass bei der Beschreibung unliebsamer Complicationen beim Hypnotisiren neben dem Hinweise auf die dabei befolgte Methode auch der psychische Zustand der einzuschlafenden Person sowohl vor, als auch nach erfolgter Hypnose beschrieben werde.

Die darauf folgende sehr lebhaft Discussion trug nicht viel zur Klärung dieses hochinteressanten Thema's bei, da die Redner mehr einzelne Details, als die allgemeine Seite dieser Frage beleuchteten, der Grundgedanke war aber der, dass diese Angelegenheit noch nicht spruchreif sei.

71) J. N. Danillo (Privatdocent in St. Petersburg): *Ueber die therapeutische und forensische Bedeutung des Hypnotismus*. Thesen.

1) Die therapeutischen Indicationen zur Hypnose müssen bei dem gegenwärtigen Standpunkte dieser Frage noch weiter ausgearbeitet werden, da die Anwendung derselben bei Nerven- und Geisteskrankheiten bis jetzt nur zweifelhafte und wenig beständige Resultate geliefert habe.

2) Nichtdestoweniger nimmt die Hypnose in der Reihe der therapeutischen Mittel eine bestimmte Stelle ein.

3) Die Hypnose als Heilmittel darf nur von solchen Aerzten ausgeübt werden, welche sowohl mit der praktischen Anwendung, als auch mit der Theorie der Hypnose vertraut sind.

4) Die Hypnose verdient in forensischer Beziehung eine besondere Beachtung, da gegenwärtig die Möglichkeit einer Ausübung von verbrecherischen Handlungen an Hypnotisirten keinem Zweifel unterliegt, so wie auch solche zu sträflichen Thaten bewogen werden können.

5) Öffentliche Vorstellungen und die Reclamen der Hypnotiseure dürfen nicht zugelassen werden. Die Aussagen der Hypnotisirten sind unzuverlässig, weil während der Hypnose häufig genug Sinnestäuschungen vorkommen, wesshalb, abgesehen von rein ethischen Gründen, die Hypnose zu gerichtlichen Zwecken nicht angewendet werden darf.

Die Discussion über diese Thesen wurde wegen Mangel an Zeit auf die nächste Sitzung verlegt.

Anmerkung. Der Verwaltungsausschuss des gegenwärtigen Congresses hat in sehr praktischer Weise die einzelnen, zur Verhandlung kommenden Vorträge in Autorreferaten der Verfasser in Nro. 2 des Tageblatts abgedruckt und den 1450 Mitgliedern der Versammlung vor Eröffnung der Verhandlungen mitgeteilt, so dass sie sich zur Discussion vorbereiten konnten; daher die Thesenform. (Fortsetzung folgt.)

II. Verein für innere Medicin.

Von Dr. J. Ruhemann.

Sitzung vom 4. Februar 1889.

72) **Remak** stellt vor der Tagesordnung einen *Fall von Melkerkrampf* vor. Die Flektionskrämpfe der beiden Arme traten bei einer 30j. Viehmagd seit dem Anfang Januar dieses Jahres, wo sie das Melkgeschäft nach langer Zeit wieder aufgenommen hatte, bei jedem Versuche zu melken auf. Das Mädchen hat leichte Parästhesien der Finger, Druckschmerz der Armmuskeln und der Mediani. Die rechte Hand zeigt Anaesthesie in dem Medianus und dem oberflächlichen Ast des Radialis, die linke nur in dem Medianusgebiet. Es sind Lähmungserscheinungen in dem Bereiche der Mediani vorhanden. Es findet sich Herabsetzung der galvanischen und faradischen Muskeleerregbarkeit sowie leichte Entartungsreaction in den betroffenen Partien. Der unter dem Bilde einer coordinatorischen Beschäftigungsneurose auftretenden Affection liegt hier eine degenerative Neuritis der Mediani und des N. Radialis superficialis dexter zu Grunde.

73) **E. Mendel:** *Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht.*

Die H. ist eine funktionelle Gehirnkrankheit, deren besondere Symptome, Furcht und Angst, sich auf den eigenen Körper beziehen. M. unterscheidet drei Formen der H. 1) die Nosophobie, die Furcht vor dem Krankwerden und Sterben. Diese Form zeigt sich öfters bei Männern als bei Weibern, indem z. B. die Furcht vor ansteckenden Krankheiten, welche bei jenen häufiger ist, bei dem weiblichen Geschlechte wegen seines angeborenen Berufes zur Krankenpflege naturgemäss seltener zu sein pflegt. Indess kommt die einfachste Form der H. bei allen Altersstufen des weiblichen Geschlechtes zur Beobachtung. Die 2. Form, bei welcher sich neben der Furcht und Angst Hallucinationen der Organgefühle zeigen, sieht man bei Männern häufiger als bei Weibern, z. B. den Morbus flatuosus, die Spinalform; dagegen ist nicht selten die Cerebralforn bei Frauen zu beobachten. Oefters zeigt sich bei Frauen als bei Männern die schwerste Form der H., welche Störungen der Wahrnehmung der Sinnesempfindungen aufweist, z. B. des Gesichts, Geruchs und Geschmackes. Die Consequenz dieser unrichtigen Perceptionen sind Berührungsfurcht, Platzangst, Claustrophobie u. s. w., aus denen die Steigerung des Egoismus, die Monotonie der Vorstellungen, die Unfähigkeit zu Entschlüssen hervorgeht. In dieser Beziehung sieht man viel ausgeprägtere Zustände bei Frauen als bei Männern, welche das Resultat des weiblichen Characters sind. Daher zeigt sich auch die Bettsucht viel intensiver und ausgeprägter bei rein

hypochondrischen Frauen als bei Männern; dagegen ist Suicidium bei hypochondrischen Weibern seltener. Sehr auffallend hochgradige Onanie beobachtet man bei Hypochondrie der letzteren. u. s. w.

Was die Unterscheidung in eine Hypochondriasis cum materie und sine materie betrifft, so hält M. diese nicht für Formen der H., weil zwar Organerkrankungen die Ursache der H. bilden können, aber die Klagen sich nachher gar nicht mehr auf die materies zu beziehen brauchen. Die nicht selten vorkommende Complication von Hypochondrie mit Hysterie ist so aufzufassen, dass letztere zuerst vorhanden war und sich daran die H. anschloss.

III. Referate und Kritiken.

74) O. Dees (Kaufbeuren): Zur Anatomie und Physiologie des Nervus vagus. (Arch. f. Psych. XX. 1. p. 1888.)

Nach Durchschneidung des N. vagus bei zwei Kaninchen in der Mitte des Halses fand Verf. auf der Operationsseite sämtliche Ganglienzellen des dorsalen und ventralen Vago-Glossopharyngeuskern's fehlend und die Fasermasse des sog. solitären Bündels beträchtlich vermindert. Es konnte daraus geschlossen werden: Dass sämtliche Ganglienzellen des sog. dorsalen Vago-glossopharyngeuskern's Ursprungsstätten für die Fasern des gleichseitigen Vagus werden müssen u. dass dieselben vereinigt in die Brusthöhle ziehen. Die Geschmacksnervenfaser kommen nicht aus diesem Kernstamme, ebensowenig wie die oberen sensiblen Aeste des Vagus — denn diese über der Schnittstelle abgehenden Nerven hätten unversehrte Ganglienzellen entsprechen müssen. Der Vagus war an einer Stelle durchschnitten worden, wo er die motorischen Fasern für den Kehlkopf noch enthält: weil nun Kern und Wurzelfasern des N. accessorius Vagi vorhanden waren, so kann dieser nicht motorischer Kehlkopfnerv sein, dagegen liegt nahe, dass der ventrale Vago-glossopharyngeuskern das nächste Centrum für die Kehlkopfmuskulatur ist, weil die Ganglienzellen desselben an der Operationsseite vollkommen fehlten. — Weil das sog. solitäre Bündel theilweise erhalten geblieben war, so ist es als aufsteigende Wurzel für die oberen (über der Durchschneidungsstelle) abgehenden sensiblen Aeste zu betrachten. — Weil Ganglienzellen nach der Operation nur an einer Seite fehlten, so können nicht einzelne Vagusfasern auf die entgegengesetzte Seite treten, die Raphe steht also zum Vagus in keinerlei Beziehung.

Langreuter.

75) E. C. Spitzka: The oculomotor centres and their coordination. (Die Centren der Augenbewegung und ihre Coordination.)

(The journ. of nerv. and ment. dis. July 1888.)

Von den beiden durch Gudden aufgefundenen Oculomotoriuskernen ist der lateral gelegene der Ursprung der auf der gleichen Seite bleibenden Fasern, während die übrigen, innen und hinten gelegenen Wurzelfasern gekreuzten Ursprung haben. Grade diese gekreuzten

Fasern sind nach den Untersuchungen von Kahler und Pick die, welche den Rectus internus innerviren; den übrigen muss die Versorgung des Levator palpebr., Rect. super., infer., obliqu., inf. und muscul. ciliar. zugeschrieben werden und es ergibt sich daraus ein umgekehrtes Verhältniss der Vertheilung wie beim Opticus. Deutlich findet sich diese Reciprocität durch dass Verhalten bei niederen Thieren ausgedrückt: *Thiere mit totaler Kreuzung aller Opticusfasern haben keinen gekreuzten Ursprung derjenigen Oculomotoriusfasern, die den Rect. intern. innerviren.*

Nach Spitzka lassen sich vier getrennte, als Kerne zu bezeichnende Zellgruppen als Oculomotoriusursprung unterscheiden: 1) eine diffuse Formation kleiner eckiger, je nach den Schnitten zerstreut oder mehr gehäuft liegender Zellen im Angulartheil des Aquaeductus-graues; 2) ein begrenzter Zellenhaufen, der seine Gestalt je nach den Schnittebenen von der Form eines Lorbeerblattes zu einem umgekehrten L und zu einem Oval wechselt, der von Westphal entdeckte Kern; 3) ein grösserer Kern dicht am hinteren Längsbündel gelegen und sich auf weiteren Schnitten in dessen Septa verlierend, der Hauptkern; 4) ein sagittales Zellenlager, das sich nicht in symmetrische Hälften zerlegen lässt, beginnend im dritten Fünftel und endend vor dem letzten Fünftel der Längsausdehnung des Hauptkernes.

Aus dem Hauptkern entspringt der grösste Theil der Oculomotoriusfasern, indessen liefert sein in das hintere Längsbündel eingebetteter Abschnitt keine Fasern zum Oculomotorius, sondern scheint mit der Zellenmasse identisch zu sein, zu der Mendel die Orbicularisfasern des Facialis verfolgte.

Die Vertheilung der Funktion des Oculomot. auf diese einzelnen Kerne scheint nach den an anderer Stelle (Juniheft) veröffentlichten Atrophieexperimenten des Verf. und nach Beobachtungen am Menschen derartig, dass das Centrum für die intra-ocularen Bewegungen (Pupillenreaction) am weitesten gehirnwärts und nach dem Aquaeductus hin gelegen ist, ohne dass sich bestimmen lässt, welchen Partien dieses Centrum die Accomodation oder Reflexaction der Pupille zuzuschreiben ist. Diese Bahnen verlaufen ungekreuzt und müssen darum von den Fasern, die den Internus innerviren und gekreuzt sind, getrennt sein. Das Centrum für den Levat. palp. liegt vermuthlich in mittlerer Höhe des äussersten Abschnittes des gleichseitigen Hauptkernes.

Im hinteren Längsbündel verläuft der Faserzug, der den Abducenskern mit dem Kerne für den Rect. internus verbindet und die seitliche associirte Bewegung beider bulbi bewirkt. Weil der Kern des rechten Rect. internus auf derselben Seite wie der des linken Rect. extern. gelegen ist, darf kein gekreuzter Verlauf angenommen werden, die Kreuzung findet bereits in den Wurzelfasern des Oculomotorius statt. Im hinteren Längsbündel ist auch der Theil der Wurzel des Facialis zu suchen, der den Orbicul. palp. innervirt (Mendel) und wahrscheinlich noch Fasern, welche die conjugirten Bewegungen der Augen ausser der bereits genannten und gleichzeitige Bewegungen des Kopfes vermitteln.

Matusch.

76) **David Inglis** (Detroit): A contribution to the pathology of trophic disorders of the muscular system. (Beitrag zur Pathologie der trophischen Störungen des Muskelsystems.)

(The journ. of nerv. and ment. dis. August 1888.)

Bemerkenswerth ist die Heredität der vorgestellten Patienten:

Grosseltern gesund

1 Sohn gesund

4 Töchter gesund

Kinder
gesund

I.	II.	III.	IV.
Kinder gesund	2 Söhne gesund 2 Söhne krank 10 Töcht. gesund	1 Sohn krank 1 Sohn krank 2 Söhne gesund	4 Töcht. gesund 1 Sohn gesund 1 Sohn krank: struma
	1 Sohn krank.	1 Tocht. gesund	1 Sohn krank

Die Vererbung ist hiernach nur durch die Töchter vermittelt und betrifft nur die männlichen Mitglieder der Familie. Die Formen der Erkrankung waren spinale Kinderlähmung, Pseudohypertrophie und progressive Muskelatrophie, sowie Kropf. Verf. fasst seine Ansichten in folgende Schlusssätze zusammen:

Die Ernährungsstörung des Muskelsystems lassen sich in zwei Klassen eintheilen. 1) Diejenigen Fälle, in welchen wahre Paralyse auftritt. Hierzu gehören acute und chronische Myelitis anterior, amyotrophische Lateralsclerose, primär und secundär, und Atrophien auf Grund von Neuritis oder Nerventrennung, 2) diejenigen Fälle, in denen keine wahre Lähmung besteht, sondern nur eine der Muskelatrophie proportionale und durch sie begründete Beeinträchtigung der Bräutbarkeit, hierzu gehören progressive Muskelatrophie und Pseudohypertrophie der Muskeln.

Es muss ein Unterschied gemacht werden zwischen dem Verhältniss der centralen und peripheren Enden eines Nerven bei völliger Trennung einerseits und Fortbestehen der Continuität mit langsamer Ernährungsstörung andererseits.

Progressive Muskelatrophie und Pseudohypertrophie sind essentiell spinalen Ursprungs. Fälle, in denen die Autopsie keine sichtbaren Markerkrankung nachweist, sprechen nicht gegen diese Ansicht, denn der Ausfall in den peripheren Enden der motorischen Nervenfasern weist auf eine gestörte Activität der centralen Zellen hin, wenn er auch nicht in jedem Falle von Atrophie dieser Zellen begleitet ist.

Das nicht seltene Vorkommen von Kropf in Verbindung mit Pseudohypertrophie und in anderen Fällen, mit Psychose kann nicht durch Annahme einer primären Muskelerkrankung erklärt werden, sondern durch Läsion der Sympathikusganglien, die vom Rückenmark ihren Ursprung nimmt.

Matusch.

77) **Wernicke** (Breslau): Herderkrankung des unteren Scheitelläppchens. (Arch. f. Psych. XX. 1. p. 243.)

Nach dem *apoplectischen Insult* bei einem 70 jährigen Manne, welcher (neben andern Symptomen) hauptsächlich eine *conjugirte Augenablenkung* nach rechts und *linksseitige Hemianästhesie* zur Folge hatte, wurde intra vitam die Diagnose auf Verletzung des rechten *unteren Scheitelläppchens* resp. des zugehörigen Marklagers gestellt und durch die Section bestätigt. Einen 2. Herd in der Gegend des rechten Inselfusses hält der Verf. für sehr jungen Datums und einen dritten rechts von der Mittellinie der Brücke für Monate alt. Dieselben, sowie die dadurch gesetzten Symptome sollen aus klinischen und pathologisch-anatomischen Gründen für die oben angeführten Hauptsymptome, welche 10 Tage vor dem Tode entstanden, nicht in Betracht kommen. Das Raisonnement Wernicke's zur Motivirung seiner Diagnose ist ungefähr folgendes:

Munk und Ferrier hatten übereinstimmend nachgewiesen, dass am Affengehirne Reizung des unteren Scheitelläppchens Einstellung der Augen nach der entgegengesetzten Seite zur Folge hatte (also *Ausfall-Lähmung* und Ueberwiegen der gesunden Seite). Eine Uebereinstimmung mit dem Menschengehirn konnte um so eher angenommen werden, als anderweitige Besetzung dieser Provinz der Hirnrinden- „Landkarte“ nicht vorlag (sc. nach bekannten Sectionsergebnissen). Ferner konnte die im vorliegenden Falle zugleich bestehende Hemianästhesie am natürlichsten durch Verletzung eben des unteren Scheitelläppchens erklärt werden, weil es ausser der bekannten Stelle im hinteren Schenkel der inneren Capsel keinen zweiten Ort im Gehirn giebt, wo die sensible Faserung aller Sinnesgebiete so nahe zusammenliegt. (Fasern für Hautsensibilität, Muskelgefühls, Gesicht und Gehör.) Bei Herden im Scheitellappen sind wiederholt bedeutende Störungen des Muskelgefühls und der Lageempfindung beobachtet worden. Da nun ein Herd im hint. Schenkel der inneren Capsel die conjugirte Augenmuskellähmung nicht erklären konnte, war man berechtigt auf das untere Scheitelläppchen zu schliessen, dessen Verletzung die beiden Hauptsymptome zugleich erklären konnte. Betreffs der Erörterung der nach Ansicht des Verf. unwesentlichen beiden andern Herde muss auf die Originalarbeit verwiesen werden. — Durch ausführliche casuistische Prüfung, die sich auf 42 brauchbare Fälle erstreckt, findet Wernicke die Berechtigung seiner Deduction bestätigt, indem er in früheren Beobachtungen theils unvollständige Berichte zu Gunsten seiner Ansicht ergänzen zu können glaubt. — Langreuter.

78) **John C. Shaw**: Degeneration of the peripheral nerves in locomotor ataxia. (Degeneration peripherer Nerven bei Tabes.)

(The journ. of nerv. and ment. dis. July. 1888.)

Verf. beschreibt folgenden Befund an den n. poplit., ischiad. und plant. eines Tabikers (7jährige Krankheitsdauer, schwere Belastung, zuletzt Convulsionen und progressive Paralyse). Sie färbten sich

in Osmiumsäure auffallend schwer, auch die Einlagerung über die gewöhnliche Zeit hinaus liess einzelne Theilchen ungefärbt, viele Nervenfasern wiesen Veränderungen des Markes auf, wie sie nach Durchschneidung aufzutreten pflegen, es war in unregelmässige Schollen zerfallen, zu feinkörniger Masse umgewandelt oder resorbiert und geschrumpft. Daher die verschiedene Empfänglichkeit für die Färbung. Zuweilen beschränkte sich die Veränderung auf die Nachbarschaft der Ranvier'schen Einschnürungen, während die Zwischenparthien anscheinend normal waren. Auffallend lange blieb der Axencylinder erhalten. Weniger deutlich erwiesen sich die Veränderungen bei solchen Präparaten, die nach Härten in Chromsäure mit Karmin behandelt wurden. Verf. betont, dass ein derartiger Befund noch nicht in der Literatur mitgetheilt sei und stellt in Frage, ob ihm in der That ein der Durchschneidung ähnlicher Process zu Grunde liegt, oder ob er als primäre parenchymatöse Neuritis anzusehen ist. Er ist geneigt, das letztere anzunehmen und betrachtet es als Ausdruck einer mehr oder minder allgemeinen Degeneration des gesamten Nervensystems.

Matusch.

79) Clinge Doorenbos (Utrecht): Over het voorkomen van ontaarding der periphere zenuwen bij verschillende ziekten. Utrecht 1888. (Periphere Neuritis bei verschiedenen Allgemeinerkrankungen.)

(Inaugural-Dissertation.)

Die sorgfältig gearbeitete Doctorschrift enthält eine erschöpfende Literär-Geschichte der multipelen Neuritis, und die Resultate eigener Untersuchungen an 83 Leichen, in dem Institut des als Beri-Beri-Untersucher neuerdings besonders bekannt gewordenen Prof. Pekelharing und nach Infectionsversuchen (Miltzbrand, Heubacillen) an Thieren. Die Resultate sind etwa folgende:

Die multiple Neuritis ist in vielen Fällen toxischen Ursprungs, und wird durch vieluntersuchte Vergiftungen wie die mit Alkohohl, Blei etc. hervorgerufen. Bei Diabetes findet sich eine diesen toxischen Formen analoge Erkrankung; als toxicum wirkt aber dabei eine noch unbekannte Substanz, nicht der Zucker, da nach einer Behandlung, die den Zucker aus dem Harn verschwinden lässt, die Nervensymptome fortdauern. Die toxische Substanz entstammt wie beim Diabetes, so auch bei der Neuritis der Nephritiker, dem Stoffwechsel; bei einzelnen Infectionskrankheiten, darunter der Tuberculose, müssen die eingedrungenen Parasiten*) das Nerven-Gift produciren. Für die Annahme einer unmittelbaren Einwirkung der Mikroorganismen auf die peripheren Nerven lässt sich kein Grund anführen; bei der Neuritis Tuberkulöser lassen sich in den degenerirten Nerven nie Tuberkelbacillen nachweisen.

*) Ref. möchte hier darauf hinweisen, dass die Alcohol-Neuritis insofern eine Brücke zwischen den durch parasitäre Pilze, und den durch Intoxication bedingten Neuritiden einnimmt, als der Alcohol das Stoffwechselproduct eines Pilzes ist, und somit in letzter Linie auch die Alcohol-Neuritis von einem niederen Organismus verursacht wird.

D. gibt nun folgende Eintheilung der multipeln Neuritiden.

1. Neuritis toxica sensu stricto, durch ein chemisch bekanntes, von aussen dem Organismus zugeführtes Gift hervorgerufen.

Neuritiden nach Vergiftung mit Blei, Alcohol, Arsenik, vielleicht auch mit Quecksilber, Kohlenoxyd und Schwefelkohlenstoff.

2. Neuritis hervorgebracht durch ein unbekanntes, vom Organismus selbst producirtes Gift.

Die Neuritis bei Diabetes, bei Nephritis.

3. Neuritis hervorgebracht durch ein unbekanntes, von in den Körper eingedrungenen niederen Organismen geliefertes Gift.

Neuritis bei Tuberkulose, Diphtherie, Typhus und Variola.

Neuritis infectiosa tropica (Beriberi).

Neuritis infectiosa nostra.

Die mult. Neuritis ist also stets toxischen Ursprungs.

Die Resultate der anatomischen Untersuchungen D.'s gibt die folgende Tabelle:

Zahl der Fälle		Peripheres Nervensystem.	
		mit Degeneration	frei von Degeneration.
Tuberkulose	19	5	14.
Nephritis	10	6 (??)	4 (3?)
Herz- und Gefäss-krankheiten	15	6 (??)	9 (8?)
Cachexie nach malignen Tumoren	9	(1?)	8
Peritonitis	3	1	2
Pneumonia acuta	6	0	6
Milzbrand	10	0	10
Infection mit Heubacillen	6	0	6
Kurella			

80) Suckling (London): Bemerkungen über periphere Neuritis.

(Brit. med. Journal 15. Dezbr. 1888.)

S. veröffentlicht im Anschluss an seine Arbeit über alkoholische Neuritis (von uns referirt in Nro. 17 vorig. Jahrgangs) neue einschlägige Beobachtungen, die wir theilweise wiedergeben. So sah er bei einem Studenten der Medicin, Potator, doppelseitige Abducens-Paralyse und Nystagmus beim Versuch nach der Seite zu sehen. Sonst absolut keine motorischen oder sensitiven Symptome; daneben bestand Gedächtniss-Schwäche, aber keine der von S. bei Alcoholisten häufig gefundenen Erinnerungstäuschungen. So beobachtet er jetzt einen Alcoholisten mit doppelseitiger Ophthalmoplegia externa und Neuritis optica — bei dem fälschlicherweise ein Hirntumor diagnosticirt worden war —, der nach mehrmonatlichem Hospital-Aufenthalt noch nicht weiss, wo er ist, und auf Fragen angiebt, er wäre eben in verschiedenen Schenken gewesen, wobei er erzählt, was er alles getrunken hat.

Häufig hat S. bei Frauen der höheren Stände, die ihre Trunksucht zu verheimlichen wussten, Neuritis idiopathica diagnosticiren

müssen; in einem Falle stellte es sich heraus, dass die Dame jahrelang ihr Wirthschaftsgeld unterschlagen und vertrunken hatte.

Intelligenz-Störungen vermisste S. nur sehr selten bei Alcohol-Lähmungen.

Bei unzweifelhaften Blei-Neuritiden hat J. neuerdings häufig die Erscheinungen am Zahnfleisch vermisst, so bei einem Email-Fabrikanten bei dem die ersten Erscheinungen in zwei sehr heftigen epileptiformen Anfällen bestanden.

Bei 4 Messing-Arbeitern hat S. Neuritiden gesehen, die mit deutlicher Ataxie verbunden, zunächst als Tabes imponirten, doch fehlten Pupillenerscheinungen. S. nimmt nun, nachdem ihm neuerdings zwei andere Fälle von Neuritis bei Messing-Arbeitern zugegangen sind, an, dass Kupfer die peripheren Nerven deletär beeinflusst. Der erste dieser beiden Fälle betrifft einen 39 jährigen Mann, der seit 20 Jahren mit Messing arbeitet. Er ist nicht Potator. Seit October 1888 traten Schmerzen in Beinen und Händen auf, es entwickelte sich Lähmung der Beine, so dass P. nicht mehr gehen konnte. Zahnfleischrand und die inneren Hälften der Zahnkronen sind ausgesprochen *grün* gefärbt. Tastgefühl an Händen und Füßen verringert, Hände und Finger können nicht extendirt werden. Kniereflexe fehlten beiderseits, Wadenmuskeln druckempfindlich; Arme und Beine abgemagert; keine Blasen- oder Mastdarmsymptome. Elektrische Erregbarkeit nur für den faradischen Strom verändert, leicht herabgesetzt. Schnelle Besserung nach Jodkalium und Massage während des Hospitalaufenthalts.

Der zweite Fall betrifft einen 31 jährigen Messingpolirer, der im Juni 1888, mit ataktischem Gang und Fehlen der Kniephänomene zur Behandlung kam. Die Füße hingen herab, Finger wurden unvollständig extendirt; leichte fleckweise Anästhesie, profuse Schweisse. Unterarme, Schenkel und Waden abgemagert, faradische Erregbarkeit etwas verringert. Grüner Saum am Zahnfleisch. Behandlung wie oben, Besserung nach 18 monatlicher Erkrankung. Diese Fälle wären, wenn nicht an Neuritis gedacht worden wäre, für Tabes gehalten worden.

Kurella.

81) Letulle (Paris): Quecksilber-Neuritis.

(Archide Physiologie Normale et Pathologique. p. 301.)

Parese kann das einzige Symptom von Mercurialismus sein, Tremor kann ganz fehlen, anästhetische und hyperästhetische Regionen finden sich häufig, niemals Muskel-Atrophie. Die oberen Extremitäten sind am häufigsten ergriffen, die Rumpfmuskulatur am seltensten.

Zu histologischen Studien hat L. Ratten und Meerschweinchen möglichst lange mit Quecksilber behandelt, und zwar mit Pepton-Quecksilber-Injectionen in der Nähe eines Nervenstamms, mit denselben Injectionen an indifferenten Stellen, und mit Inhalation von Quecksilber-Dämpfen. In den meisten Fällen Veränderungen der Muskelnerven, und zwar ausschliesslich der Markscheide, von Trübung und Körnung bis zum Verschwinden des Myelins, während der Axencylinder intact blieb.

Kurella.

82) **Buzzard** (London): A case of double wrist drop apparently due to multiple Neuritis etc. (Fall von doppelseitiger Extensoren-Lähmung der Hände in Folge von multipler alcoholischer Neuritis, die nach vollkommener Heilung der initialen Beinlähmung fortdauert.

(Brain 1888. Nro. 41.)

Die Haupterscheinungen dieses Falls von multipler Neuritis giebt der Titel der Arbeit. Bleilähmung war auszuschliessen, u. a. auch weil neben den Extensoren der Hand auch der Supinator longus, und einige Kehlkopfmuskeln ergriffen waren. Die Lähmung der Beine dauerte zwei Monate, die der Hände war nach einem Jahr noch unverändert.

Kurella.

83) **Rudolf Gnauck** (Pankow): Ueber das Verhalten von Neurosen nach gynäkologischen Operationen. (Deut. Med. Wochschr. 1888, Nro. 36.)

(Schluss.)

In Bezug auf die Wichtigkeit der Diagnose des Nervenleidens betont Verf. folgendes: Er sah Kranke, welche ohne Erfolg gynäkologisch behandelt waren — Fälle von beginnender Dementia paralytica. Er meint nicht, dass die Behandlung von nachtheiligem Einfluss gewesen ist; nur erklärt die zu Grunde liegende Krankheit den Misserfolg. Die Paralyse bei Frauen ist häufiger, als man meint; allein die Diagnose der Anfangsstadien ist sehr schwierig. Bei diesen Fällen ist es vorher sehr schwer zu sagen, ob ein gynäkologischer Eingriff nützlich ist oder nicht, und für beide Erkrankungen ist ein genauestes Abwägen der vorliegenden Verhältnisse nothwendig. Vornehmlich kommt es auf den Charakter, die Schwere, das Vorgeschriftensein der Neurose an, besonders auch auf die Empfindlichkeit und Reizbarkeit der Sexualorgane. Ferner scheint es wichtig, ob die Erkrankung durch einen einzigen Eingriff oder nur durch eine längere Behandlung zu beseitigen ist, auch ob schon derartige Behandlungen vorangegangen sind. Gerade die Ueberempfindlichkeit der Sexualorgane zu beachten ist sehr wichtig, und es giebt Fälle von Neurosen, bei denen schon durch eine oder durch eine wiederholte Untersuchung heftige Hysteralgien hervorgerufen wurden, welche Anfangs jeder Behandlung trotzten und erst nach vielen Monaten allmählich verschwanden. Man erlebt es, dass ganz unbedeutende Dinge, wie geringe Erosionen am Muttermund, geringer Cervixkatarrh und Aehnliches bei Neurosen lange behandelt werden, manchmal nur um etwas zu thun oder um eine psychische Wirkung hervorzubringen. Ein solches Verfahren ist nicht nur unrichtig, sondern bei Neurosen auch bedenklich. Abgesehen davon, dass man auf andere Weise auf die Kranken psychisch einzuwirken vermag, kann man auch direkte Verschlimmerungen hervorrufen. So entstanden bei einer Kranken mit einer Erschöpfungsneurose, welche gar nicht über Unterleibsschmerzen geklagt hatte, aber dennoch wegen unbedeutender Dinge gynäkologisch behandelt wurde, in direktem Anschlusse daran Zuckungen hysterischer Natur im linken Arme. Dieselben verschwanden allmählich nach dem Aufgeben der Behandlung, kehrten aber sofort wieder, als die gynäkolo-

gische Behandlung zum zweiten Male aufgenommen wurde. Genügt eine einfache, nicht zu eingreifende gynäkologische Behandlung, so vermag eine solche die Behandlung von Neurosen entschieden zu unterstützen. Am besten scheint sie begonnen zu werden, wenn die Neurose sich anfängt zu bessern, doch ist der Erfolg nicht immer ein guter.

Nach diesen, kurz, und unter Weglassung der Casuistik referirten Auseinandersetzungen kommt Verf. zu Fällen, welche dem Neurologen die schwierigsten Aufgaben bieten. Es sind dies Neurosen, welche lange Zeit, Jahre lang einer gynäkologischen Behandlung unterworfen wurden und zum Schlusse dem Neurologen überantwortet werden, Fälle von Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie oder Mischformen dieser. Die Kranken haben Flexionen, Katarrhe, Senkungen, Adhäsionen des Uterus, Reste von Exsudaten etc. und sind gewöhnlich schon mehrfach gynäkologisch behandelt. Verf. ist weit entfernt anzunehmen, die gynäkologische Behandlung sei nicht indicirt gewesen, denn es liegen immer beachtenswerthe Erkrankungen vor; auch lassen sich oft ganz direkte Beziehungen zwischen Neurose und Erkrankung des Geschlechtsapparates nachweisen — allein die Beobachtungen, welche man an diesen Kranken macht, geben zu denken. Die so behandelten Kranken zeigen besonders häufig eine ungemaine Ueberreizung des ganzen Nervensystems, so dass sie auf alle Medicationen in abnorm erhöhtem Maasse reagiren und oft die schwächste derselben nicht vertragen. Es kommt diese Erscheinung auch bei anderen Nervenkranken vor, allein dann ist dies entweder durch Anwendung anderer, theils ungeeigneter, theils übertrieben forcirter Behandlungsmethoden hervorgerufen oder es handelt sich um ganz bestimmte Formen von Neurosen, welche schon im Beginn der Erkrankung diese Eigenthümlichkeit zeige. Dies ist aber bei den hier vorschwebenden Fällen nicht zu constatiren. Dieselben zeigen ausserdem eine grosse Hyperalgesie und Hyperästhesie des Geschlechtsapparates, so dass jede locale Untersuchung fast unmöglich geworden ist. Dies bestand keineswegs von Anfang der Erkrankung an, sondern die Kranken leiten den Beginn des Zustandes von ganz bestimmten Zeitabschnitten inmitten einer gynäkologischen Behandlung her. Endlich haben diese Kranken häufig Sensationen, welche sie in die Gegend der Geschlechtstheile verlegen, besonders des Scheidengewölbes und der äusseren Geschlechtstheile. Es ist dies an sich kein seltenes Vorkommniss, bei den vorliegenden Fällen aber gehören auch diese Erscheinungen einer späteren Periode der Krankheit an, einer Zeit, hinter welcher schon eine längere gynäkologische Behandlung liegt.

Man wird hier vor die Frage gestellt, ob nicht die gynäkologische Behandlung als die Ursache solcher schweren Erscheinungen anzusehen ist. Denn schwere Erscheinungen sind es, wenigstens mit Rücksicht auf die Schwierigkeit oder die Unmöglichkeit erfolgreicher Behandlung. Hierbei ist der Nachdruck auf die Länge der Behandlung zu legen. Gesunde Nerven vertragen eine solche wohl längere Zeit, kranke kaum. Im Ganzen ist irgend eine bestimmte Art der

gynäkologischen Behandlung gewiss weniger schädlich, als eine zu lange, auf Jahre ausgedehnte.

Verf. berichtet dann noch über eine im Ganzen gesunde Frau, bei der sich im Anschluss an eine gynäkologische Operation eine schwere hypochondrische Erkrankung anschliesst und zwar beziehen sich die hauptsächlichsten krankhaften Empfindungen und Vorstellungen direkt auf die Stelle der Operation und gehen von ihr aus. Als sonstige Ursache dieser auffallenden Erscheinung lässt sich wenig auffinden. Die Operation selbst war eine leichte und wenig eingreifende. Allerdings war einige Wochen vorher schon ein Uteruspolyp entfernt worden. Allein auch dies kann man kaum als schwächendes Moment anführen, da die Kranke sich danach ganz wohl fühlte. Sie hatte keine Disposition zu nervösen Erkrankungen, allein ihr allgemeiner Kräftezustand war mit den Jahren durch verschiedene schwächende Einflüsse ein schlechter geworden. Wenn dies auch bei der Beurtheilung beachtenswerth ist, so scheint es doch nicht als Erklärung für das Auftreten einer so schweren Erkrankung nach der Operation zu genügen.

Bei der Operation wurden ziemlich grosse Mengen Jodoform angewendet und man könnte vermuthen, dass das letztere die hypochondrische Erkrankung hervorgerufen habe. Allein die Intoxicationen durch Jodoform haben meist einen anderen Charakter, mehr denjenigen acuter psychischer Störungen mit Sinnestäuschungen. Es kommen allerdings nach der Anwendung mancher Mittel Intoxicationsneurosen vor. So sah Verf. nach dem Einträufeln von Atropin in die Augen Zwangsvorstellungen sich entwickeln. Auch die Chloroformnarkose ist manchmal die Gelegenheitsursache für das Auftreten nervöser Symptome. So sah Verf. einen Kranken mit Zwangsvorstellungen, bei welchem bald nach dem Erwachen aus der Narkose zum Zwecke einer kleinen Operation zahlreiche hypochondrische Vorstellungen auftraten, welche vorher nicht bestanden hatten. Es bleibt mithin als hauptsächlichste Ursache der Erkrankung nur die Operation übrig.

Bei Betrachtung der vorliegenden Fälle drängt sich die Frage auf, ob nicht gelegentlich auch eine gynäkologische Behandlung bei sonst Gesunden nervöse Symptome oder eine Neurose hervorrufen können. Bei einer nicht zu lange anhaltenden Behandlung geschieht dies wohl niemals, allein bei einer sehr lange dauernden und wiederholten solchen dürfte die Möglichkeit nicht ganz ausgeschlossen sein; bei dem Nervenreichthum des Geschlechtsapparates ist dies schon denkbar. Analo-
loga dazu bieten andere Organe, z. B. die Sinnesorgane. So sah Remak nach einer sehr lange dauernden Behandlung eines Ohrenleidens eine Hypochondrie sich entwickeln. Allerdings ist für das Gebiet der functionellen Nervenkrankheiten der Begriff des Gesunden ein sehr dehnbarer und viele gelten auch für gesund, welche kurz vor dem Ausbruche einer Neurose stehen oder wenigstens den sicheren Keim einer solchen schon in sich tragen. Es sind dies Personen, welche entweder nervös belastet sind oder allmählich durch schädliche Einflüsse eine nervöse Disposition erworben haben. Bei diesen kann jede

eingreifende Behandlung an nervenreichen Organen die Gelegenheitsursache zum Ausbruche einer Neurose wirken, also auch eine gynäkologische Behandlung. So weiss Verf. eine Kranke, welche von Jugend auf sehr schwächlich und leicht erschöpft war. Dieselbe klagt über ziehende Schmerzen im Unterleibe, die nach dem Rücken ausstrahlen, Beschwerden, die sich zur Zeit der Menses steigerten. Objectiv liess sich ziemliche Empfindlichkeit des Leibes und ein geringer Uteruskatarrh aufweisen. Es wurde nun eine lange gynäkologische Behandlung vorgenommen, unter welcher sich eine wirkliche Neurose entwickelte, zuerst eine Neurasthenie, später eine schwere Hypochondrie, welche Jahre zur Besserung brauchte.

Man sieht daraus, eine wie wichtige Vorbedingung das Vorhandensein eines gesunden, unbeschädigten Nervensystems es ist, um ohne Nachtheil eine eingreifende und länger dauernde Behandlung nervenreicher Organe einleiten zu können. R.

84) J. Gottstein (Breslau): Die im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopffunctionen. (Sep.-Abdr. aus d. Lehrb. der Kehlkopfkrankheiten. Fr. Deutike Leipzig. März 1888.)

Verf. hat ganz Recht gethan, seinen Verleger zur Herausgabe dieses Separat-Abdruckes veranlasst zu haben — namentlich die Neurologen werden es ihm Dank wissen, da bis jetzt eine derartige Zusammenstellung noch nicht existirt. Der „vorläufige Versuch“ ist ein recht gelungener, denn mit feinem Verständniss und gerechter und sachgemässer Kritik hat Verf. die vorhandene Literatur dieses Gegenstandes gesichtet. Theilweise sind die Beziehungen zwischen Kehlkopffunctionen und centralen Erkrankungen von Löri und besonders von Krause erforscht worden. Verf. hat Gelegenheit, häufig auf diese beiden Autoren zurückzugreifen. In unserem Centralblatte vom Jahre 1885, pag. 522 befindet sich ein Autorreferat von Krause über einen Vortrag in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, auf welches auch Gottstein mehrfach Bezug nimmt und welches wir unsern Lesern bei dieser Gelegenheit zur nochmaligen Durchsicht empfehlen. — Nachdem Verf. kurz das Rindencentrum des Kehlkopfs (Krause) gestreift und über die eigentliche anatomisch nachweisbare Ursprungsstelle der Kehlkopfnerven, den Kern des Vago-Accessor. berichtet, geht er auf die mit *Hirnbildungen* im Zusammenhange stehenden Kehlkopferkrankungen über. Theoretisch betrachtet, können derartige Innervationsstörungen zu Stande kommen entweder durch Blutung in das Rindencentrum oder in die Medulla oblongata. Ist die Thätigkeit des Rindencentrums für die Kehlkopfbewegungen aufgehoben, muss bei erhaltener Beweglichkeit der Phonationsmuskulatur dem Kranken die Fähigkeit, einen Laut hervorzubringen, verloren gegangen sein. Verf. führt derartige Fälle von Stummheit an; dieselben beweisen, dass bei Blutungen an bestimmten Stellen der Hirnrinde die Herrschaft über die Phonationsbewegungen total verloren gehen kann und dass das Rindencentrum für die Kehlkopfbewegungen

entweder mit dem Sprechcentrum zusammenfällt, eine seiner Componenten ist, oder jedenfalls örtlich ihm nahe liegt und mit ihm Verbindungen eingeht.

Dieselben Betrachtungen, wie bei der Apoplexie kommen auch bei den *Erweichungsherden* des Gehirns in Betracht. Verf. ist der Ueberzeugung, dass in Fällen motor. Aphasie nach Hirnerweichung viel häufiger Phonationsstörungen als vorhanden gemeldet werden würden, wenn die Autoren ihr Augenmerk auf diesen Punkt richten und in allen Fällen motor. Aphasie eine laryngoscopische Untersuchung vornehmen wollten. Keine Beobachtung spricht dafür, dass Stimmbandlähmungen isolirt ohne sonstige aphasische Störungen durch Rindenkrankung hervorgerufen werden können. Bei der apoplectiformen Bulbärparalyse wurden zahlreiche Fälle von Kehlkopfnervenstörungen mitgetheilt. Es können Störungen der Motilität und der Sensibilität allein und zusammen vorkommen. Es hängt von dem Grade und der Ausdehnung des Herdes ab, in wie weit die Bewegung der Larynxmuskeln aufgehoben ist. Sind die Nervelemente des Vagoaccessorius-Kernes durch Nekrose zerstört und durch Narbengewebe substituiert (Fall v. Verf. u. von Eisenlohr) so wird totale Recurrenslähmung die Folge sein. Sind noch Nervelemente erhalten, so wird wahrscheinlich Parese der Stimmbänder oder eine Lähmung der Abducensnerven eintreten; Kehlkopfsaffectionen im Zusammenhang mit *Hirntumoren* sind verschiedentlich beobachtet, Geschwülste in der medulla oblongata sind selten. Häufig wird die Function des Kehlkopfs durch Geschwülste der *Schädelbasis* durch Compression des nerv. accessorius beeinflusst. Im Allgemeinen bieten die Tumoren der hinteren Schädelgrube das Bild der halbseitigen Bulbärparalyse, nur mit dem diagnostisch wichtigen Unterschiede, dass je nach der Ausdehnung des Tumors noch ein oder mehrere Nerven lüdt erscheinen, die bei der progressiven Bulbärparalyse für gewöhnlich nicht betheiligt sind.

Es leuchtet von vornherein ein, dass bei keinem andern cerebralen oder spinalen Leiden so regelmässig die Function des Kehlkopfes in Mitleidenschaft gezogen wird, als bei der progressiven Bulbärparalyse. (*Paralyse glosso-labio-laryngée.*) Verf. findet in den Phonationsstörungen eine vollständige Analogie mit den Sprech- und Schlingstörungen und nimmt nicht, wie Krause, eine Ausnahmestellung für den Vago-Accessorius an. Auch bei der *Pseudobulbärparalyse* finden sich Störungen der Kehlkopfmuskulatur, die laryngoscopisch nachzuweisen sind.

Sehr häufig sind dieselben bei der *multiplen Sclerose* des Hirns und Rückenmarks. Es handelt sich nach dem Verf. dabei mit Ausnahme der Fälle, in denen die bulbären Nervenzellen von der Sclerose ergriffen sind, keineswegs um Lähmungserscheinungen. Er nimmt vielmehr mit Kussmaul an, dass es sich hier nur um erschwerte und verlangsamte Leitung der motor. Impulse zu den Muskeln der Athmungswerkzeuge, des Kehlkopfs und der Zunge handelt. Die jauchzenden Inspirationen und das Umschlagen der Stimme hält er für spasmodischer Natur. —

Kehlkopffectionen im Zusammenhange mit Gehirnsyphilis sind wohl deshalb nicht viele in der Literatur verzeichnet, weil bisher nicht genügend auf diesen Punkt geachtet ist. Unsere Kenntniss, in wie weit die Kehlkopffectionen durch Gehirnsyphilis beeinträchtigt werden kann, ist eine äusserst dürftige. Löri gibt an, dass bei Gummata des Pons und der Sella turcica die Lähmung und Anaesthesie der einen Pharynx- und Larynxhälfte sehr häufig das alleinige oder erste Herdsymptom ist — sollte sich das bestätigen, so wäre es jedenfalls ein äusserst wichtiger diagnostischer Befund. Jedenfalls ist diesem Kapitel in Zukunft mehr Aufmerksamkeit zu schenken.

Bei der progressiven Paralyse fand Krause die Vertiefung der Stimme abhängig von Schläffheit und Atrophie des Stimmbandes, während die reflectorisch functionirenden Respirationsmuskeln ihre volle Funktionsfähigkeit bewahren. —

Unter den Kehlkopffectionen, welche mit spinalen Erkrankungen im Zusammenhange stehen, nimmt bekanntlich die *Tabes dorsalis* den ersten Rang ein. Krause fand unter 38 Fällen auf der Westphal'schen Klinik 13 mal, also in 34,2% erhebliche Störung im Larynx. Verf. geht auf die Reiz- und Lähmungserscheinungen genauer ein. Die Lähmungen finden ihre ausreichende Erklärung in den pathologischen Veränderungen, welche die bulbären Kerne sowie der Vagus und die Recurrentes erleiden. Grösser sind die Schwierigkeiten für die Erklärung der laryngealen Reizerscheinungen: des Krampfbustens, des inspiratorischen und phonischen Stimmritzen-Krampfes. Obwohl sie noch viele Lücken zeige, hält Verf. die von Krause auf Grund von Thierexperimenten gegebene Erklärung vorläufig für die plausibelste. Bei dem Vorhandensein von laryngospastischen Anfällen im Verlaufe der *Tabes* ist post mortem der Vagus in Degeneration gefunden worden; es ist nach Krause daher anzunehmen, dass es dann auch zu Degenerationsprocessen im Nerv. laryng. sup. kommt. Dadurch kommt es nun zu reflectorischer, bald zu dauernder Medianstellung sich steigender Annäherung der Stimmbänder. Peripherische Reize oder solche, welche im Nerven selbst entstehen, vermögen plötzliche Steigerung der so bestehenden Glottisverengung hervorzurufen. Zum Schluss wird von Verf. kurz die Kehlkopffection im Verlauf der amyotrophischen Lateralislerose und bei der progressiven Muskelatrophie besprochen. Wir hoffen, dass der Leser aus der kurzen Wiedergabe des Inhalts die Reichhaltigkeit des hier gebotenen erkannt haben wird und empfehlen das Werkchen zum eifrigen Studium.

Goldstein.

85) Ludwig Stepp (Nürnberg): Beitrag zur Beurtheilung der nach heftigen Körpererschütterungen (bei Eisenbahnunfällen) auftretenden Störungen. (Deutsch. Med. Wochenschr. 1889. Nro. 4.)

Der Verfasser dieser soeben erschienenen Arbeit hält die bisher für die traumatische Neurose aufgestellte Symptomatologie mit vollem Recht noch nicht für erschöpfend. Er theilt 3 Krankengeschichten

mit, die er als Belege für zwei bisher nicht geschilderte Symptome der traum. Neur. vorführt.

Von den zwei ersten Mittheilungen betrifft die eine einen 46 jährigen Bremser, die andere einen 38jährigen Locomotivführer; beide sind bei Eisenbahnunfällen verunglückt (Entgleisung resp. Zusammenstoss).

Bei dem ersteren „trat nach Ablauf eines Jahres herdweises Ausfallen der Barthaare auf, sodass nach und nach der ganze Bart verloren ging. Später wuchsen die Haare zwar wieder, aber verkümmert, wie Flaum. Auch die Kopfhare fielen zum Theil aus, zum Theil wurden sie grau. Gleichzeitig mit den Erscheinungen Seitens der Haare zeigten die Gesichtszüge eine auffallende Veränderung, sie wurden mager und faltig. Die sonstige Körperernährung nahm verhältnissmässig wenig ab“.

Bei dem zweiten „trat nach 7 bis 8 Monaten herdweises Ausfallen der Bart- und Kopfhare ein, so dass in kurzer Zeit vollständige Kahlheit des Kinnes und Kopfes bestand! Gleichzeitig machte sich eine vollständige Veränderung der Gesichtszüge bemerkbar, dieselben wurden faltig, welk, ein fremder Gesichtsausdruck bildete sich aus: innerhalb eines Jahres war aus einem jugendfrischen Antlitz das Gesicht eines Greises geworden“. Die beigelegten Abbildungen erläutern diese Beschreibung in einer ausserordentlich auffallenden Weise. Der Kranke ging 3½ Jahre nach dem Unfall an tuberculöser Meningitis zu Grunde. Die Section ergab Tuberculose der meisten Organe.

Damit die gewiss interessante Mittheilung: über das herdweise Ausfallen der Haare ganz einwandsfrei erschiene, wäre eine Angabe darüber erwünscht gewesen, ob die Patienten an Diabetes melitus gelitten haben, bei welcher Krankheit ein solch herdweises Haaräusfallen auch beobachtet wird. Aber selbst ein Diabetes kann ja auch die Folge einer Gehirnerschütterung sein.

Der dritte Fall betrifft einen 50jährigen Oberconducteur, der bei einem Eisenbahnzusammenstoss in seinem Waggon hin- und hergeschleudert wurde. „6—7 Monate nach dem Unfall bemerkt Pat. das Auftreten von besonders schmerzhaften Punkten an dem Rücken, am Gesäss, an den Oberschenkeln, den Ober- und Unterarmen. Die Untersuchung ergibt bohnen-grosse längliche, derbe, dicht unter der Haut gelegene Gebilde — ich zählte 23 — die bei senkrechtem Druck schmerzen“. Verf. spricht diese Gebilde für multiple Neurome an.

Der Verf. ist in der Deutung des Wesens der traum. Neurose viel weniger scrupulös wie Oppenheim und M. Bernhardt. Er will nur sehr wenig von dem psychischen Factor, von der Neurose, der Neurasthenie wissen. Die „seelische Erschütterung“ bedeutet ihm gar nichts, er ist ein absoluter Materialist. Sein kräftiges Schlusswort mag das beweisen: „Gestützt auf diese 3 Fälle und eine weitere nicht geringe Zahl ähnlicher Eisenbahnverunglückungen stehe ich nicht an, den Satz auszusprechen, dass Erkrankungen von Seiten der nervösen Centralorgane in Folge eines Traumas (Erschütterung) stets auf pathologisch-anatomischen Veränderungen beruhen und wirkliche Organ-

erkrankungen derselben darstellen“. Dieses Urtheil ist um so werthvoller, als der Verfasser „Eisenbahnarzt“ ist. Aber nach meiner Erfahrung liegt die Wahrheit genau in der Mitte zwischen ihm und Oppenheim.

Erlenmeyer.

85) **Mary Putnam Jacobi**: Case of post epileptic hysteria. Effect of inhalation of compressed air. Phenomene of transfer. (Fall von postepileptischer Hysteria. Wirkung der Inhalation comprimirter Luft. Transfererscheinung.) (Journal of nerv. and ment. disease July 1888.)

Eine Epileptische, bei der Amylnitrit rechtzeitig vor dem Anfall gegeben gute Dienste that, hatte nach einem schweren Anfall Taubheitsgefühl, besonders der linken Körperhälfte ohne nachweisbare Anästhesie. Verf. deutet dies als Folge einer Circulationsstörung der Rinde im Anschluss an den Anfall und versuchte die Insulation comprimirter Luft, auf die Thatsache gestützt, dass sich hierbei die Herzthätigkeit steigerte und dem Blute mehr Sauerstoff zugeführt wird. Die beigegebenen Pulscurven illustriren die Wirkung auf das Herz. Unmittelbar nach der Inhalation war dies stärkere Taubheitsgefühl rechts, das schwächere links, im Ganzen mit abnehmender Stärke während der nächsten täglichen Insulationen, dann stellte sich Opressionsgefühl, Heiss hunger und deprimirte Stimmung ein, das mit Eintritt der bis dahin verzögerten Menstruation verschwand. Verf. wirft die Frage auf, ob die Transfererscheinung auf Schwankungen des Blutgehaltes der erzbetheiligten Rindenregionen beruhe, die reciproke Schwankungen in den entsprechenden Bezirken der anderen Hemisphäre erzeugten, bis sich das Gleichgewicht wieder herstellte. **Matusch.**

87) **Mathew D. Field**: Is belief in spiritualism ever evidence of insanity per se? (Ist der Glaube an Spiritismus immer ein Beweis von Geisteskrankheit?) (The journ. of nerv. und ment. dis. August 1888.)

Die Frage kann forensische Bedeutung gewinnen, wenn es sich beispielsweise um die Anfechtbarkeit eines Testamentes handelt, das von einem Spiritismusgläubigen abgefasst wurde. Von einem solchen Falle, bei dem gerichtsseitig die Geistesgesundheit des Erblassers ausgesprochen wurde, geht Verf. aus. Glaube an eine Gemeinschaft mit Geistern darf ebensowenig als Geisteskrankheit gedeutet werden wie Glaube an die biblischen Wunder, verdächtig wird der Glaubende erst, wenn seine Persönlichkeit theilhaftig ist; er kann glauben, dass Gott zu einem Menschen gesprochen hat, erzählt er aber ernsthaft, dass Gott zu ihm gesprochen hat, so beweist dies Hineinziehen des Ich die Geisteskrankheit. Spiritisten lassen sich in drei Gruppen eintheilen, in Betrüger, in Betrogene, die glauben, weil sie nicht erklären können und in Solche, die überzeugt sind, mit Geistern verkehren zu können, und Abgeschiedene hören und sehen. Die letzteren erklärt Field für unbedingt geisteskrank, es kann nur schwierig werden zu entscheiden, ob sie nicht zur ersten Klasse gehören. In der zweiten

Klasse finden sich zweifellos viel Neuropathische, Beschränkte und Geisteskranke, aber auch Hochbegabte und Gesunde. Diese deshalb für abnorm zu erklären, wäre unstatthaft, doch muss es Bedenken erwecken, wenn es Personen in reiferem Alter, von gutem Verstande und kühler Besonnenheit sind, besonders wenn sich bei ihnen gleichzeitig Charakter und Neigungen ändern. Matusch.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

1. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 30. November 1888. (Wiener mediz. Blätter 1888. 49.)

88) Nothnagel: *Ein Fall von complicirter cerebraler Erkrankung.*

„In der Reihe der Gehirnerkrankungen, welche ich seit Beginn des Semesters im Collegium vorgestellt habe, ist mir ein Fall aufgestossen, der auch für Sie ein Interesse haben dürfte, und den ich mir daher heute vorzuführen erlaube. Der Fall betrifft einen 29 jährigen Drechslergehilfen, der früher bis auf eine im vorigen Jahre überstandene Nierenentzündung im wesentlichen gesund war. Bei seinen Arbeiten in einer Goldscheideanstalt verschiedenen Dämpfen ausgesetzt, begann Patient zu husteln, wurde appetitlos und kränkelte immerwährend, weshalb er längere Zeit im Krankenhause behandelt wurde. Es entwickelte sich eine Sehstörung, die nicht wieder zurückging, so dass er seit August dieses Jahres schlechter sieht. Anfangs September bemerkte er zuerst, dass er doppelt sehe. Diese Erscheinung verschwand später wieder, dagegen gesellten sich Schmerzen in der rechten Gesichtshälfte hinzu; die Zunge wurde schwer beweglich, das Sprechen ging schwerer als früher und war mit Anstrengung verbunden. Patient wurde häufig von Schwindel geplagt, jedoch nur, wenn er herumging; über Kopfschmerz hatte er nicht zu klagen und leidet auch jetzt nicht daran; dagegen hatte er häufig Sausen im rechten Ohre.

Gegenwärtig bietet Patient eine Reihe von Erscheinungen dar, welche ich nur summarisch zusammenfassen will. Wir wollen zunächst die Gehirnnerven der Reihe nach durchgehen, um zu sehen, welche in ihren Functionen gestört sind. Der Nervus olfactorius ist unversehrt. Patient riecht vollkommen gut. Den Nervus opticus anlangend, finden wir das Sehvermögen etwas geschwächt. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab eine Chorioiditis, die noch besteht. Die Prüfung der Augenmuskeln ergiebt eine ganze Reihe von Erscheinungen. Der Kranke hat die Lider in der Regel etwas gesenkt, kann sie aber gut öffnen, hebt sie gut in die Höhe, rechts besser als links, was mit der linksseitigen Facialislähmung zusammenhängt. Die Pupillen sind eng, es besteht Myosis; die Reaction derselben ist sowohl für Licht als für Accommodation vorhanden, doch träge. Die Bewegung des Bulbus nach den Seiten ist vollkommen aufgehoben; Patient kann nicht nach rechts oder links sehen; es besteht eine complete Lähmung der Bewegung beider Augen in der Horizontale, also eine Paralyse des Musc.

abducens, sowie des *M. rectus internus dexter et sinister*. Beim Blicke nach oben und nach unten ist die Excursion des Auges zwar noch möglich, jedoch eine beschränkte; es besteht eine Parese des *M. rectus superior et inferior*, sowohl auf der rechten wie auf der linken Seite. Ueber die Betheiligung des *M. trochlearis* lässt sich bei dieser Sachlage nichts bestimmen. Bisher haben wir demnach gefunden, dass der Nervus abducens und der *N. oculomotorius* nicht fungiren; der *Levator palpebrae superioris* agirt wohl, aber träge. Der Nervus trigeminus bietet sehr eigenthümliche Störungen. Wenn Patient die Kiefer aufeinander beisst, findet man, dass die Kaumuskeln rechterseits einen starken, dicken Wulst bilden, während linkerseits diese Erscheinung fehlt; die Kaumuskeln der linken Seite sind functionsunfähig. Es ist also die *Portio minor nervi trigemini* paretisch; doch finden wir auch die *Portio major* afficirt, und zwar in überraschender Weise nicht links, sondern rechterseits. Patient hat ein Gefühl von Brennen in der rechten Gesichtshälfte und Zunge. Die Prüfung der Sensibilität ergibt eine leichte Hypästhesie der rechten Gesichtshälfte. Patient verwechselt den Eindruck des Nadelkopfes und der Nadelspitze, erkennt Temperaturunterschiede rechts nicht so deutlich als links. Wenn wir die Functionen des *Facialis* prüfen, finden wir, dass Patient nicht pfeifen kann, dass beim Versuche, die Zähne zu zeigen, die Nase zu rümpfen, die Stirn zu runzeln, das Auge zu schliessen, die Gesichtsmuskeln der linken Seite nicht agiren; es besteht eine complete linksseitige *Facialislähmung*, welche sowohl die unteren zum Mund ziehenden, als die oberen zur Stirn und zum Auge gehenden Aeste betrifft. Die Prüfung des Nervus acusticus ist sehr erschwert. Die otiatrische Untersuchung ergab eine *Otitis suppurativa chronica cum perforatione membranae tympani utriusque*. Der Gehörnerv scheint nicht gelähmt zu sein. Was den *N. glossopharyngens* betrifft, so sind Schlingbeschwerden vorhanden. Patient muss ausserordentlich langsam und vorsichtig essen und trinken, thut er dies nicht, verschluckt er sich, es tritt Hustenreiz ein, Speisen und Getränke kommen durch Nase und Mund zurück. Bei Besichtigung des Gaumensegels findet man keine complete Lähmung, doch sind deutlich Störungen im Bereiche seiner Muskeln vorhanden. Auch die Function des *Nerv. vagus* ist zweifellos gestört. Patient zeigt bei ganz fieberlosem Zustande eine dauernde erhöhte Pulssteigerung, die in der Regel zwischen 100 und 120 Schlägen in der Minute schwankt. Die laryngoskopische Untersuchung ergibt, dass keine Lähmung der Stimmbänder vorhanden. Ebenso ist in den äusseren Zweigen des *Nerv. recurrens Willisii* keine Störung zu constatiren. Auch der *N. hypoglossus* functionirt in normaler Weise; Patient spricht alle Lingualante deutlich aus und kann die schwersten Worte correct nachsagen. Der näsclnde Timbre seiner Stimme ist der Parese der Gaumensegelmuskulatur zuzuschreiben.

Die groben Bewegungen der Extremitäten sind frei; Patient kann Beine, Hände und Arme bewegen; das rechte Bein wird jedoch etwas schwerfälliger gehoben, schon ein geringer Widerstand macht die Bewegung unmöglich; ebenso vermag Patient mit der rechten Hand

schwächer als mit der linken zu drücken. Die Prüfung mit dem Dynamometer ergab, dass er rechterseits 20, linkerseits 24 Kilogramm drückt. Diese leichte Parese der rechtsseitigen Extremitäten entspricht der Parese des rechtsseitigen Nervus trigeminus; auch ist die Sensibilität der ganzen rechten Seite entsprechend herabgesetzt; es besteht hier eine leichte Hypästhesie. Der Patellarreflex ist beiderseits gleichmässig vorhanden, bedeutend gesteigert. Der Kranke kann nur breitbeinig etwas sicherer stehen. Giebt er die Füße zusammen, so schwankt er, besonders bei geschlossenen Augen; es ist eine Andeutung des Romberg'schen Phänomens vorhanden. Wenn Patient mit geschlossenen Augen geht, ist sein Gang sehr unsicher; aber auch bei offenen Augen geräth er beim Gehen in's Schwanken und geht ähnlich wie ein Tabiker. Bisweilen hält der Kranke ein Auge zu, um das Doppelsehen zu vermeiden. Er hat eine deutliche Vorstellung von der Lage seiner Extremitäten, der mit denselben vorgenommenen passiven Bewegungen; eine Störung des Muskelsinnes ist im Bereiche der unteren Extremitäten nicht zu finden. Die Prüfung der electricischen Erregbarkeit ergibt, das sowohl durch den galvanischen als durch den faradischen Strom vom Stamme des Facialis Muskelzuckungen sowohl rechts als links gleichmässig erzielt werden können. Bei directer Erregung der Muskeln mit dem galvanischen Strom findet jedoch die Contraction auf der gelähmten Seite etwas träger als auf der gesunden statt: wir haben hier also eine Andeutung von Entartungsreaction. Das ist in kurzen Zügen das Bild, welches aus der Untersuchung des Kranken sich ergibt. —

Wenn wir uns nun fragen, was das für ein Krankheitsbild sei, so müssen wir zugeben, dass es sich um einen äusserst merkwürdigen Symptomencomplex handle, der sehr schwer zu erklären ist. Betrachten wir zunächst die hauptsächlich in's Auge springenden cerebralen Symptome, und fassen wir dieselben summarisch zusammen, so ergibt sich als wesentliche und charakteristische Erscheinung eine *Affection einer grossen Reihe von Gehirnnerven*, welche zunächst auf eine *Läsion an der Basis* hinzuweisen scheint. Daneben finden wir aber einen anderen Symptomencomplex so prägnant in die Augen springend, dass wir auch diesen als Ausgangspunkt der Analyse nehmen können. Es sind dies die Störungen im Bereiche der Augenmuskeln, welche das klare und evidente Bild der *Ophthalmoplegia externa* ergeben, welches bereits von mir selbst, sowie von Mautner in den letzten Jahren in dieser Gesellschaft mehrfach zur Sprache gebracht wurde. Diese Affection ist in diesem Falle nicht complet entwickelt, doch deutlich und in charakteristischen Zügen vorhanden. Die Muskulatur des Bulbus ist in der Weise betheiligt, dass die äusseren Muskeln afficirt sind, während die Binnenmuskeln des Auges noch intact erscheinen. Der Levator palpebrae superioris ist noch nicht ergriffen, während in anderen Fällen gerade dieser Muskel zuerst ergriffen wird. Je mehr derartige Fälle man sieht, desto häufiger sieht man die Reihenfolge wechseln, in welcher die einzelnen Aeste der Augenmuskelnerven ergriffen werden. Ich spreche hier von jenen Formen, welche durch eine nucleare Affection

bedingt sind, und bei denen eine Läsion im Bereiche der Kerne der Augenmuskeln vorliegt.

Somit könnte hier eine nucleäre Ophthalmoplegie vorliegen. Wenn wir nun die weiteren Symptome in's Auge fassen, müssten wir zum Schlusse kommen, dass auch die anderen Gehirnnerven durch eine nucleare Affection getroffen worden seien, dass eine Combination vorliege, wie sie in neuerer Zeit auch von anderen Processen öfters beschrieben ist. So wissen wir, dass die progressive Bulbärparalyse und die progressive Muskelatrophie (Typus Aran-Duchenne) isolirt oder miteinander combinirt auftreten können. In derselben Weise kann eine Läsion sowohl die Kerne der Augenmuskeln als auch die tiefer gelegenen Kerne der Medulla oblongata betroffen haben, wie in der von Wernicke mit dem Namen *Poliencephalitis superior et inferior* bezeichneten Affection.

Dieser Betrachtung stellt sich aber eine Reihe von Einwürfen entgegen. Wir wissen, dass bei der Bulbärparalyse in der Regel der Nervus facialis, hypoglossus, glossopharyngus, vagus ergriffen sind, und zwar *doppelseitig*. Hier ist die Läsion *halbseitig*. Ich habe vor einiger Zeit hier bereits einen Fall vorgestellt, bei dem es gleichfalls darauf ankam, zu entscheiden, ob es sich um eine Bulbärparalyse oder um eine Basalaffection handle, und Sie erinnern sich, dass ich mich für die letztere aussprach, weil die Erscheinungen überwiegend halbseitig waren. Es kam später zur Nekroskopie, und diese bestätigte meine Diagnose. Auch in dem heutigen Falle sind die Erscheinungen vorwiegend halbseitig. Bei bulbärer Erkrankung ist der Stirnfacialis frei, nur der Mundfacialis lädirt, hier ist der ganze Facialis theilhaft. Bei der Bulbärparalyse ist der Hypoglossus zuerst und am meisten afficirt, hier gar nicht. Wir finden keine Atrophie der Zunge, keine fibrillären Zuckungen, keine Functionsstörung. Wir haben es hier nicht nur zu thun mit einer Läsion der motorischen, sondern auch der sensitiven Portion des N. trigeminus der anderen Seite. Dieser ganze Symptomencomplex spricht daher eher für eine *Basalaffection*. Die Electrodiagnostik gibt uns keinen weiteren Anschluss, wie überhaupt die Hoffnungen, die man vor 20 Jahren an dieselbe knüpfte, sich nicht bewährt haben. Der Kranke zeigt seit kurzer Zeit eine beginnende Entartungsreaction im Bereiche des gelähmten Facialis. Vordrei Wochen war die Reaction dieser Muskeln noch normal. Die Entartungsreaction kommt aber nicht nur bei peripheren, sondern auch bei Nervenkerneffectionen vor. Wir finden dieselbe z. B. auch bei Poliomyelitis der Kinder.

Dazu kommen noch andere Erscheinungen, welche das Krankheitsbild noch mehr compliciren. Der Kranke hat eine Hemiparese der rechten oberen und unteren Extremität, neben dieser eine Hemihypästhesie. Wohin soll man bei diesem Symptomencomplex den Sitz der Affection verlegen? Wohl in die linke Gehirnhälfte. Doch wohin? Bei der gewöhnlichen Localisation in der Centralwindung, in der Faserung der inneren Kapsel ist der N. trigeminus nicht theilhaft. Die Affection müsste weiter nach hinten liegen, vielleicht im Pedunc-

culus oder noch weiter rückwärts. Der Kranke hat aber ausserdem zweifelloso *spinale Erscheinungen*. Der unsichere Gang ist zum Theile durch die Sebstörung bedingt, obgleich der Kranke anders geht als einer, der blos schlecht sieht. Er zeigt ausgesprochene ataktische Erscheinungen und ausserdem eine auffallende Steigerung der Patellarreflexe. Dies deutet auf eine Läsion der *Pyramidenseitenstrangbahnen* hin. Die letzterwähnten Symptome kommen allerdings auch bei Neurasthenia cerebialis, bei progressiver Paralyse, bei verändertem Gehirndruck vor; von alledem kann aber hier nicht die Rede sein, und man muss diese Symptome wohl auf eine Läsion des Rückenmarks beziehen.

Wenn wir zur Erklärung dieses ausserordentlich vielgestaltigen Symptomencomplexes eine basale Erkrankung annehmen wollen, welcher Natur soll dieselbe sein? Einen Tumor anzunehmen, ist schwer, weil keine Stauungspapille vorhanden ist; ein solcher müsste, um beide Nervi oculomotorii gleichmässig zu comprimiren, vor dem Pons zwischen den Pedunculis cerebri sitzen; er müsste weiterhin die Nerven an der Basis hinten links comprimirt haben, und auch den linken Pedunculus oder die pedunculare Ponshälfte links. Man könnte aber auch an *Meningitis chronica sclerotica indurativa* an der Gehirnbasis denken. Diese Form wird gewöhnlich bei Lues, bei Tuberculose und bei Potatoren beobachtet. Kranker ist kein Trinker. Für Lues hat man keine Anhaltspunkte; dagegen zeigt Patient eine Lungenspitzen-Infiltration. Ueber der rechten Lungenspitze findet man unbestimmtes Inspirium, ein dem bronchialen nahestehendes Exspirium und Rasseln. Tuberkelbacillen wurden allerdings bisher keine gefunden, aber der negative Befund beweist ja nichts, und wir könnten mit Berechtigung eine *Meningitis tuberculosa* diagnosticiren, wenn nicht ein Hauptsymptom der Meningitis, auf das man grosses Gewicht legen muss, der *Kopfschmerz*, vollends fehlen würde.

Wenn wir nun nach dieser Analyse, welche zu keinem bestimmten Resultate führte, für die Diagnose auch die Literatur zu Hilfe nehmen wollen, finden wir hier allerdings Fälle verzeichnet, die eine Combination von Erkrankung verschiedener Nervenkerne und anderer Systeme erkennen lassen; ich erinnere an das bekannte typische Bild der amyotrophischen Lateralsclerose, bei welcher die grauen Vorderhörner des Rückenmarks und die weissen Pyramidenseitenstränge zugleich afficirt sind. Schultze in Bonn hat einen unserem Falle ziemlich ähnlichen Symptomencomplex beschrieben; bei seinem Kranken bestand gleichfalls eine Ophthalmoplegia externa, Steigerung der Patellarreflexe und eine Reihe von atactischen Erscheinungen, die noch ausgesprochener waren als hier. Wir müssen von unserm Fall sagen, dass wir denselben nicht in die gewöhnliche Schulschablone einreihen können, dass er zu jenen Fällen gehört, deren Natur nur durch eine exacte Nekroskopie ermittelt werden kann. Ich werde wahrscheinlich später in der Lage sein, Ihnen mittheilen zu können, wie die Krankheit weiter verlaufen, und wie die Sache sich endlich abgespielt hat. Der Fall ist aber auch im gegenwärtigen Stadium ausserordentlich interessant wegen des überraschenden Symptomencomplexes und der überraschenden

Combination von cerebralen und spinalen Erscheinungen, und deshalb habe ich nicht gezögert, Ihnen denselben hier vorzustellen.“

89) Lorenz hält hierauf seinen angekündigten Vortrag: *Ueber die Bedeutung der Paresis und Paralysis des Musculus quadriceps femoris für die Entstehung der paralytischen Contracturen.*

Redner hatte das Glück, einen Fall in Behandlung nehmen zu können, der für diese Frage von principieller Entscheidung ist. Es betrifft dies einen zehnjährigen Knaben, der ihm im September vorgestellt wurde. Patient war im Alter von vier Monaten von einer schweren Poliomyelitis befallen worden, die eine Lähmung sämtlicher Extremitäten veranlasste. Die Paralyse ging in den nächsten Wochen zum Theile zurück, blieb jedoch in den untern Extremitäten in solchem Umfange bestehen, dass Patient nur spät und gestützt auf einen Stock gehen lernte, wenn man das mühsame Fortschleifen der Beine so nennen kann. Bäder, Massage, Electricität, Stützmaschienen vermochten anfangs nichts zu bessern. Der Knabe kann Hüfte und Kniegelenk der linken Seite activ bewegen, jedoch nicht den leisesten Widerstand dabei überwinden. Der linke Musc. quadriceps femoris ist nur paretisch, während derselbe Muskel des rechten Beines vollkommen paralytisch erscheint. Die Muskeln an der Rückseite des Oberschenkels sind vollkommen intact. Von den Muskeln des Unterschenkels sind ausser dem Extensor digitorum communis alle paretisch. Beide Kniegelenke zeigen eine Beugecontractur, und zwar ist dieselbe an dem paralytischen rechten Beine hochgradig ausgebildet. Wenn der Knabe zu stehen versuchte, hielt er den Oberkörper stark nach vorne geneigt, stützte eine Hand gegen die Streckseite des Oberschenkels, während die andere Hand einen Stock zur Stütze haben musste. Selbst in dieser Weise konnte Patient nur kurze Zeit stehen; das Gehen war nur ein Vorschleifen des Körpers mit Hilfe der auf den Stock sich stützenden Hände und unter Mitwirkung der Rumpfmuskeln. Redner erklärt an einer schematischen Zeichnung das Zustandekommen der bereits beschriebenen Körperstellung beim Versuche, für den Körper eine Gleichgewichtstellung zu finden. Wenn der Knabe den Oberkörper gerade gehalten hätte, müsste die Schwere des Körpers, da dessen Schwerlinie hinter den Bogenwinkel des Kniegelenkes fällt, ein Zusammenklappen der Extremitäten veranlassen; nur bei starker Vorneigung des Oberkörpers fällt die Schwerlinie desselben vor den Bogenwinkel des Kniegelenkes, die Schwere wirkt dann am Kniegelenke im Sinne einer Streckung, und da die Beuger intact sind, vermag Patient den Körper zu balanciren. Auffallend ist hier das Zustandekommen einer Kniegelenkscontractur, während nach Volk mann bei Lähmung des Musc. quadriceps gewöhnlich ein Genu paralyticum recurvatum resultirt. Diese Deformität kann jedoch nur bei Paresen des Streckers zu Stande kommen, da immerhin ein gewisser Grad von Muskelaction dazu gehört das Bein in jener Strecklage aufzusetzen, welche nothwendig ist, um das Körpergewicht zu tragen. Die Beobachtung, dass Patienten mit einem Genu recurvatum viel besser und bei aufrechter Haltung des Oberkörpers gehen können, veranlasste Redner, bei diesem Knaben

die Umwandlung der Beugecontractur in ein Genu recurvatum auf operativem Wege anzustreben. Es gelang, die Contractur linkerseits in der Narkose zu lösen und das Bein zu überstrecken; auf der rechten Seite konnte dies nur durch Zuhilfenahme des Osteoklasten und Fracturierung des Oberschenkels knapp oberhalb der Epiphysen erzielt werden. Die Beine wurden in überstreckter Stellung eingegypst, und Patient konnte bei Abnahme der Verbände nach mehreren Wochen in aufrechter Haltung stehen und mit Stützmaschienen, die im Kniegelenke articulirt und auf 185 Grad überstreckt waren, ganz gut ohne Stock gehen. Dieser Fall ist ein neuer schlagender Beweis dafür, dass die mechanische Theorie das Zustandekommen der paralytischen Contractur nicht ausreichend zu erklären vermag, und dass die alte verpönte Theorie von der Wirkung der Antagonisten in vielen Fällen allein den klaren Aufschluss über die Entstehung der Contractur geben kann. Redner verweist in dieser Hinsicht auf seine früheren Vorträge, in welchen er nachwies, dass auch bei anderen paralytischen Contracturen das rein mechanische Moment zur Erklärung der Deformität unzureichend ist. Volk mann nimmt z. B. beim paralytischen Spitzfusse an, dass dann eine Pes equinovarus, ein Klumpfuss, zu Stande kommt, wenn der Fuss noch nicht zum Gehen benützt worden ist, und daher noch die Supination des Fusses, wie sie bei Neugeborenen besteht, vorhanden ist, hingegen ein Pes equinovagus, ein Plattfuss, wenn durch den Gehact bereits die Pronation des Fusses eingeleitet erscheint. Ein Fall, bei dem unter gleichen Verhältnissen auf der einen Seite ein Klumpfuss, auf der andern ein Spitzfuss zu Stande kommt, wäre nach dieser Annahme Volk mann's ein unerklärbares Räthsel. Es kann auch hier nachgewiesen werden, dass die Difformität immer einer bestimmten Vertheilung der noch activen und gelähmten Muskeln entspricht.

II. Verein der Aerzte in Steiermark.

XV. Monatsversammlung am 17. Dezbr. 1888. (Oesterr. Aerztl. Vereinszeitung 1889. Nro. 2.)

90) Prof. **Eppinger** demonstirte ein *Gehirn mit einer geheilten Schussverletzung*, das von einem gerichtlich obducirten Manne herrührte, der sich vor 13 Jahren durch einen Revolverschuss in den Schädel zu entleeren versuchte. Nach den narbigen Veränderungen, die sich nunmehr am Schädel und Gehirn vorfinden, lässt sich der Schussoanal in der Weise construiren, dass die Kugel in der rechten Schläfengegend knapp vor der Mitte des vorderen Randes des rechten Keilbeinflügels in das Schädelinnere eingedrungen, von da in einem Bogen an der Innenfläche des Schädelgehäuses längs der mittleren Abschnitte zunächst der rechtseitigen Stirnwindungen und dann längs der hinteren Partien der linksseitigen ersten und zweiten Stirnwindung bis zur Mitte des vorderen Randes der linken vorderen Centralwindung gelangt und von diesem Punkte aus in schräger Richtung nach hinten und links durch die linke Hemisphäre bis zum hinteren Ende der linken mittleren Schläfewindung abgeprallt und endlich an diesem

Punkte in der *Corticalis* stecken geblieben war, wo sie auch bei der Section vorgefunden wurde. Am merklichsten sind die Narbenbildungen der corticalen Substanz der gedachten Stirnwindungen, während im Innern der linken Hemisphäre, bis zur Lagerungsstelle der Kugel, ein glatter, pigmentirter Narbenstreifen sichtbar bleibt — das Individuum soll nach dem Suicidium bewusstlos und aphasisch gewesen sein. Die Aphasie hielt ein Jahr an, nach welchem Zeitraum das Individuum die Sprache, bis auf den Umstand, dass es manche Worte schwer oder gar nicht aussprechen konnte, wiedergewonnen und auch seine Beschäftigung ungestört wieder aufgenommen haben soll. (Eine detaillierte Schilderung des ganzen Falles wird bis nach Einlangen näherer anamnestischer Daten vorbehalten.)

Docent Dr. Eberstaller macht aufmerksam, dass zwar eine die Aphasie erklärende Verletzung der Rinde des motorischen Sprachcentrums nicht vorliege, jedoch durch den Schusscanal, der unmittelbar über der die Reil'sche Insel oben begrenzenden Rinne verläuft, höchst wahrscheinlich ein grosser Theil jener weissen Leitungsbahnen zerstört worden sein dürfte, welche für die Rinde des Opercular-Antheiles der dritten Stirnwindung (Broca'sches Sprachcentrum) die Verbindung mit den centralen Ganglien (die Projectionsbahn) und das Associationsbündel führen. Auf Zerstörung dieser Bahnen weise unter Anderem auch der von Dr. Walser hervorgehobene Umstand hin, dass Patient den vollen Gebrauch seines Sprachvermögens nie wieder erlangte.

91) Prof. Eppinger demonstirte weiterhin zwei *Gehirne*, die ebenfalls gerichtlich obducirten Leichen entstammen, mit *corticalen Erschütterungen und Zertrümmerungen* an den den raumentsprechenden Stellen und solchen, die ihnen gerade diametral entgegengesetzt sind. Das eine Gehirn entstammt einem Individuum, das eine Trauma der rechten Kopfseite mit Fractur der rechtsseitigen Kopfknochen erlitten hatte. Die oberflächlichen Schichten der Basis des diesseitigen Schläfelappens bis zur Spitze desselben waren zertrümmert; doch die des anderseitigen Schläfelappens, wenn auch in minder erheblichem Grade, auch, ohne dass bis auf diese Seite die Fractur des Knochens gereicht hätte. In dem zweiten Falle traf das Trauma das Hinterhaupt. Da waren die Corticales der hinteren Randpartien des Kleinhirnes zertrümmert und daneben in gerade entgegengesetzter Richtung auch die Corticalschichten der beiden Stirnlappenspitzen. Bemerkenswerth sind diese Fälle einmal deswegen, weil sie die Möglichkeit der Verletzung der Gehirnoberfläche durch Gegenstoss erweisen und dann weil sie ein Schlaglicht werfen auf die Möglichkeit der Erklärung der typisch localisirten (Basis und Spitze der Schläfe-, Basis und Spitze des Stirnlappens etc.) centralen Hirnnarben, der sog. *plaques jaunes* der Franzosen, als traumatischer Läsionen.

Dr. Eberstaller bemerkt, dass es ihm schon wiederholt aufgefallen sei, an den Gehirnen von Sträflingen, besonders von Raufnern und dgl., ungewöhnlich häufig *plaques jaunes* gefunden zu haben. Das jugendliche Alter dieser Individuen lasse eine Erklärung dieses Vorkommens vermissen, wenn man hier nicht ebenfalls mechanische Verlegung durch Contrecoup als Veranlassung annehme.

III. Académie de médecine zu Paris.

Sitzung vom 4. Dezember 1888. (Gaz. des Hôp. 1888. Nro. 140.)

92) *Auto-destruction chez les aliénés. (Selbstverstümmelung bei Geisteskranken.)*

Zu den wenigen in der Literatur verzeichneten aussergewöhnlich schlimmen Selbstverstümmelungen der Irren gehört zweifellos die folgende einer 63 jährigen wahnsinnigen Fran, an der Langier bei der Section, abgesehen von 12 unabsichtlich beigebrachten Wunden der rechten Hand, 142 Schnittwunden fand. Von diesen hatten 6 die Bauchhöhle geöffnet und Eingeweide perforirt, die in der Länge von ca. 4 Meter, soweit sie aus dem Cavum abdominis hervorgetreten, in 7 Stücke zerschnitten waren.

Pauli.

IV. New-York Neurological Society.

(Mai 1888.)

93) Leonard Weber: *Fälle von Paralysis agitans.*

Ungewöhnliche Symptome schildert der Votr. bei der Besprechung seiner 12 Fälle nicht. Sie betrafen sämtlich Personen mittleren Alters, mehr Männer als Frauen. Hereditäre Belastung fand sich bei zweien. Von den Ursachen nennt W. Trauma, Durchnässung und sexuelle Excesse, niemals war Syphilis vorhanden. Arsenik, Ergotin, Argent. nitr. waren ohne Wirkung. Paraldehyd lobt Weber, der Anwendung von Hyoseyamin möchte er den Ausbruch tobstüchtiger Erregung und sonstiger Cerebralerscheinungen zuschreiben. Anatomische Veränderungen im Gehirn und Rückenmark wurden nicht gefunden.

Dana glaubt, dass die Krankheit an Häufigkeit zunehme, lobt Hyoseyamin. Ebenso Starr, der ferner bemerkt, dass in zweien seiner Fälle der Tremor auch den Kopf ergriffen habe, wie dies von deutschen Autoren entgegen Charcot betont werde.

Graeme Hammond führt einen Fall an, der durch das Uebergreifen des Tremors auf Zungen- und Kehlkopfmuskulatur letal endete.

94) Fred-Petersen: *Prinzipien der Craniometrie.* Votr. möchte die Schädelmessung bei jedem Geisteskranken und Gefangenen vorgenommen wissen.

95) J. A. Booth erzählt einen Fall von Anästhesie und Analgesie der oberen Körperhälfte bei progressiver Muskelatrophie mit bulbär-paralytischen Symptomen und supponirt eine Läsion im rechten Peduncul. oder der rechten Ponshälfte. Starr hält dem entgegen, dass der Fall ganz den von Rott, Gowers, Schulze u. A. beschriebenen Fällen von Syringomyelie entspricht.

Matusch.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrasse 28)

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenneyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. März 1889.

Nro. 5.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber Beri-beri. Von Dr. Jelgersma in Meerenberg.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

1. 8. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. S. Pirogow.
Von Dr. Hünz in Petersburg. (Fortsetzung.)

Erliski: Ueber Alkoholparalysen.

Rossolimo: Zur Physiologie der Schleife.

Anfimow: Ueber das Verhalten der electricen Erregbarkeit des neuromuskulären
Apparates bei Geisteskranken, besonders Paralytikern.

Blumenau: Zur Lehre vom Hirndruck.

Schtscherbak: Materialien zum Studium über den Umsatz von Stickstoff und
Phosphor in quantitativer Beziehung unter dem Einflusse geistiger Thätigkeit.

Rosenbach und Schtscherbak: Experimentelle Untersuchungen zur Frage von
der sogen. Myelitis per compressionem.

Nolschewski: Ein Topothermaesthesiometer.

2. Verein für innere Medicin in Berlin. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Litten: Vorübergehende Aphasie.

Mendel: Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlechte. (Fortsetzung.)

3. Berliner medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Ewald: Ueber Akromegalie.

III. Referate und Kritiken. Repref: Ueber Beziehungen der Sexualfunctionen
zur gesammten Ernährung. Willisan: Zur Methodik der Bestimmung von Grösse und
Schwankungen des intracranialen Druckes. Peregau: Beitrag zur Kenntnis der Er-
krankungen der corticalen Rindencentren. Edes: Hirntumor. Aronsohn: Ein Fall von
Echinococcus im Gehirn. Putzel: Corticale Hemianopsie. Hauer: Ueber Hemianopsie
als Theilerscheinung des Symptomencomplexes frischer cerebraler Hemiplegien. Graddy:
Idiopathische Neuritis cerebialis. Schaffer: Zur Frage des centralen Ursprunges der
Alkoholparalyse. Feilchenfeld: Conjunctival- und Corneal-Reflexe. Kinnear: Heu-
fieber, eine centrale Neurose. Hadra: Abdominale Neurosen. Griffin: Nasen-Neurosen.
Fridenberg: Hydrops articulorum intermittens. Bressler: Hysterisches Fieber. At-
lasoff: Ueber den Einfluss von Erderschütterungen auf den geistigen Zustand. Savill:
Tetanus-Heilung. Angerstein und Eckler: Haus-Gymnastik für Mädchen und Frauen.
Hughes: Behandlung der Poliomyelitis anterior acuta. Daly: Der subcutane Gebrauch
von Morphin. Worcester: Die Sterblichkeit der Epileptiker. Cwietkoff: Ein Fall
von Malaria-psychose. Beach: Gehirnkrankheiten bei Imbecillen. Mickie: Geisteskrank-
heit und Herz-Aortenerkrankung. Ball: Irrenparalyse nach Traumen. Warner und
Beach: Idiotie in Folge syphilitischer Meningitis. Wollenberg: Ueber psychische In-
fection. Jensen: Untersuchungen über 453 nach Meinert's Methode getheilte und ge-
wogene Gehirne von geisteskranken Ostpreussen.

IV. Aus den Academiën und Vereinen.

1. Verhandlungen des Vereins ostdeutscher Irrenärzte.

Lissauer: Ein Fall von Seelenblindheit.

Neisser: Differential diagnostische Bemerkungen über das Symptom der Verbigeration.

2. 36. Versammlung des ärztlichen Centralvereins am 27. Oktober 1888 in
Olten (Schweiz).

Forel: Die praktische ärztliche Seite des Hypnotismus, mit Demonstrationen.

3. American Ophthalmological Society.

Moore: Hysterische Blindheit bei Männern.

4. Academy of Medicine zu New-York.

Seguin und Weir: Beitrag zur Diagnose und Chirurgie der Hirntumoren.

Gray: Neurasthenia, ihre Differentialdiagnose und Behandlung.

V. Tagesgeschichte. Verein der deutschen Irrenärzte.

I. Originalien.

Ueber Beri-beri.

Von Dr. JELGERSMA in Meerenberg

dargestellt nach „Onderzoek naar den aard en de oorzaak der Beri-beri en de middelen om die siekte te bestryden. ingesteld op last der regering door prof. Dr. C. A. Pekelharing en Dr. C. Winkler.

Von November 1886 bis August 1888 haben Pekelharing und Winkler sich mit einer Untersuchung der Beri-beri beschäftigt, einer Krankheit, welche in der jüngsten Zeit in gewissen Gegenden Indiens, und hauptsächlich in der Armee grossen Schaden angerichtet hat.

Sie waren von der Holländischen Regierung beauftragt die Natur und die Ursache der Krankheit zu erforschen und, wenn möglich, durch rationelle Mittel der weiteren Verbreitung der Krankheit vorzubeugen oder direct therapeutisch einzugreifen. Die Resultate ihrer Untersuchungen haben die beiden Forscher in einer Arbeit niedergelegt, welche viel Neues bringt, in manchen Punkten unsere Kenntniss der Krankheit erweitert und anderes schon Bekanntes bestätigt. Auf dieser Arbeit beruht die folgende Darstellung.

Der Krankheitsprocess der Beri-beri beruht, wie Baelz und Schenbe schon fanden, und P. und W. bestätigen konnten, auf einer Neuritis peripherica multiplex. Die grosse Mannigfaltigkeit der Symptome, welche in dieser Krankheit beobachtet worden sind, liess sich immer auf verschiedene Localisation, verschiedene Intensität und verschiedene Entstehungsweise des anatomischen Processes in den Nerven zurückführen.

Beri-beri ist im Allgemeinen eine chronische Krankheit; beim acuten Verlauf, welcher wenigstens noch 6—8 Wochen in Anspruch nimmt, ist gewöhnlich doch noch ein schleichender Anfang vorhanden. Die scheinbar acuten Fälle sind also meistens Exacerbationen einer chronischen Erkrankung. In solchen acuten Fällen ist oft Fieber vorhanden.

Der Verlauf der Beri-beri ist sehr verschiedenartig; wie verschieden aber die Symptome und ihre Weiterentwicklung sich auch gestalten, eines ist ihnen immer gemeinsam: die Erregbarkeitsveränderungen, welche an Nerven und Muskeln sich immer vorfinden.

Diese Aenderung der normalen Erregbarkeit ist nicht nur wichtig, weil sie sich immer nachweisen lässt, sondern auch, weil sie oft das einzige objective Zeichen der sich entwickelnden Krankheit darstellt. So haben P. und W. dieses Symptom sehr oft nachgewiesen bei Personen, welche der Simulation verdächtig waren, und da zeigte sich die electriche Untersuchung des peripheren Nervensystems als ein untrügliches Mittel zur objectiven Nachweisung der Krankheit.

Die electriche Erregbarkeitsveränderung zeigte sich gewöhnlich am ersten im Gebiet des N. peroneus und in den Dorsalflexoren des Fusses. Man findet hier quantitative und qualitative Abweichungen.

Oft bestand eine allgemeine Herabsetzung der directen oder indirecten galvanischen und faradischen Erregbarkeit, wobei die oft vorhandene träge Contraction und grosse Latenzzeit die Aenderung als eine qualitative begründete. Im Anfang war aber oft die directe galvanische Erregbarkeit der Muskeln gesteigert und bestand typische Degenerationsreaction. Dieses Stadium wurde aber nicht sehr oft gefunden, weil die Initialstadien der Beri-beri so häufig wegen des Mangels an lästigen subjectiven Symptomen, unbeachtet bleiben. Wenngleich die ersten objectiven Symptomen sich gewöhnlich in den unteren Extremitäten und hier im Gebiet des N. peroneus zeigen, so werden im Verlauf der weiteren Erkrankung nach und nach alle möglichen anderen Nerven- und Muskelgebiete befallen. Hier zeigen sich dann immer die nämlichen quantitativen und qualitativen Erregbarkeitsveränderungen, bis zur gänzlichen Aufhebung aller Erregbarkeit, und bis zur Atrophie der Muskeln. Wenn die Symptome acut auftreten, können die Muskeln im Volumen zunehmen in Folge einer Zunahme des Volumen der Muskelfasern. Solche hypertrophische Fasern können später in Atrophie übergehen.

Die subjectiven Klagen im Anfangsstadium der Beri-beri sind gewöhnlich Mattigkeit in den unteren Extremitäten, Herzpalpitationen, schnelle Zunahme der Pulsfrequenz bei geringen Bewegungen, schnelle Ermüdung. Objectiv zeigt sich dann oft ein geringes Oedem an der Crista tibiae, eine eigenartige pastöse Starre der Gesichtszüge, Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts, leichte Unreinheit des ersten Herztones und Verstärkung des zweiten Pulmonaltones. Wichtig ist weiterhin eine Vergrösserung der Diameter der Tastkreise an den unteren Extremitäten.

Wenn nun die Anfangssymptome da sind, ist die Entwicklung der weiteren Krankheit eine höchst verschiedene. Es kann z. B. ein acutes Stadium eintreten. Dann zeigen sich oft Reizungssymptome in den Muskeln. Starrheit, klonische oder tonische Krämpfe, man hört zuweilen sogar einen Muskelton, Volumzunahme der Muskeln, fibrilläre Zuckungen, bisweilen idiomusculäre Contraction, die Muskeln und auch die Nerven können mechanisch reizbar sein, sind schmerzhaft bei Druck. Es bestehen Parästhesien, ziehende Schmerzen durch die Extremitäten oder sogar Anästhesia dolorosa. Bei der electricischen Untersuchung findet man bisweilen einen grossen Unterschied zwischen oberen und unteren Extremitäten, z. B. in den Beinen eine partielle oder complete Entartungsreaction und in den Armen Herabsetzung der faradischen directen und indirecten Erregbarkeit mit Steigerung der directen galvanischen Erregbarkeit. Ein solcher Befund lässt mit grosser Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass dem acuten Process in den unteren Extremitäten ein chronischer Anfang vorausgegangen, während die Krankheit in den oberen Extremitäten eben entstanden war. Complicirt sich eine solche acute Exacerbation mit Erscheinungen von Seiten des Herzens, wie P. und W. es einmal sahen, dass z. B. die Herzdämpfung sich innerhalb einer Stunde um eine Handbreite nach rechts ausbreitete, wird die Herzarbeit insufficient mit Stauungen in

der Lunge und kommt es schliesslich zu gänzlicher Paralyse des Herzens, so ist das Leben bald beendet. Es braucht aber soweit nicht zu kommen, und die acute Exacerbation kann in das chronische Stadium übergehen.

Verläuft Beri-beri mehr als chronische Krankheit so können die Symptome sich noch sehr verschieden gestalten. Was die Muskeln anbelangt, so zeigen sich hier oft trophische Aenderungen, der Muskel atrophirt jedoch in verschiedenem Maasse, abhängig von der Intensität und Localisation der Nervendegeneration. Oft sind ganze Muskelgruppen atrophisch, oft einzelne Fasern mit dazwischen liegenden normalen oder hypertrophischen Fasern. Von grosser Wichtigkeit ist der Zustand des Herzens. Wird die Function dieses Organs, in Folge von Neuritis des Vagus in chronischer Weise beeinträchtigt, so entstehen chronische Circulationsstörungen, diese sind hauptsächlich die bei Beri-beri so oft vorkommende Oedeme, welche oft die bestehenden Atrophien bis zu gewisser Höhe begleiten können. Dies ist die s. g. hydropische Form der Beri-beri, welche man früher von der atrophischen Form trennte. P. und W. halten jedoch diese Unterscheidung für unwesentlich, und abhängig von der grösseren oder kleineren Intensität der Störung der Herzfunctionen. Oft findet man auch gemischte, hydropisch-atrophische Fälle und dies war in Atjeh sogar die Regel, dagegen kommen rein hydropische Formen, mit Hydrops ascites, Hydrothorax und Hydrops pericardii, mit allgemeiner seröser Infiltration aller Gewebe, und rein atrophische Formen seltener vor. Es besteht in solchen chronischen Fällen immer eine Hypertrophie mit Dilatation des rechten Ventrikels. P. und W. können nicht erklären, wie die Hypertrophie des Herzens zu Stande kommt, die Dilatation ist natürlich leicht begreiflich.

Die Ausbreitung der motorischen Störungen bei der Beri-beri ist gewöhnlich ziemlich charakteristisch. Fast constant ist das Gebiet des N. peroneus befallen, dann die Plantar-Flexoren des Fusses, dann folgen die Strecker des Unterschenkels und die Glutaei, sehr selten die Benger des Kniegelenks. Ist der Krankheitsprocess soweit gediehen, so ist gewöhnlich auch schon die Armmuskulatur erkrankt, erstens Extensoren von Hand und Finger, mit Betheiligung des M. supinator longus, wodurch die „dropping hands“ der Bleivergiftung nachgebildet wird. Weiterhin folgen der M. triceps und die Benger der Hand, und endlich die Musculi interossei. Von jetzt an nimmt man bei Weiterentwicklung der Krankheit keine Regelmässigkeit mehr wahr. Die Bauch- und Rumpfmuskeln können erkranken, das Zwerchfell und die Respirationsmuskeln können mitbetheiligt sein; Paralyse dieser letzteren ist sogar keine ungewöhnliche Todesursache, wie P. und W. wiederholt beobachteten.

Auch die Gehirnnerven, Facialis, Oculomotorius, Abducens, Trochlearis können mitbetheiligt sein, sowie die Muskeln des Kehlkopfs, dies ist vielleicht bisweilen als Todesursache zu betrachten. Kein einziger motorischer Nerv ist also vor der Beri-beri gesichert.

Wenn bei Beri-beri nur die Dorsalflexoren des Fusses erkrankt sind, hat der Gang etwas charakteristisches; der Fuss kann nicht vom Boden gehoben werden, und diese Function verrichten die Beuger des Unterschenkels.

Die *sensibeln Störungen* der Beri-beri zeigen sich gewöhnlich anfangs als Störungen des Raumsinnes, der Diameter der Tastkreise ist grösser geworden, der Tastsinn ist gewöhnlich am Ersten an der Innenfläche des Unterschenkels aufgehoben, weiter kommen Anästhesien und Parästhesien in verschiedener Ausbreitung und Intensität vor, und auch hierin zeigt sich oft eine gewisse Regelmässigkeit. Der *Muskelsinn* ist gewöhnlich nicht gestört, auch bleibt das *Schmerzgefühl* lang erhalten. Die *Oedeme* sind wahrscheinlich nicht alle von insuffizienter Herzfunction abhängig, sondern auch trophische Einflüsse machen sich geltend. So z. B. das charakteristische Oedem im Beginne der Krankheit an der Crista tibiae, die pastös geschwellenen Gesichtszüge.

P. und W. beenden hiermit die allgemeine Charakteristik der Beri-beri. Sie hatten keine Gelegenheit auf die mehr seltenen Erscheinungen wie die Störungen der höheren Sinnesorgane, die trophischen Erkrankungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde, abnorme Schweisssecretion u. s. w. einzugehen.

Das Material zur *anatomischen Untersuchung* wurde geliefert durch 85 Autopsien. In nur 2 Fällen wurde keine interstitielle Flüssigkeitsansammlung in den Geweben gefunden, in 64 Fällen nur 2 mal kein Hydrops pericardii dabei 14 mal Hydrothorax und 9 mal Ascites. Diese Zahlen zeigen deutlich wie oft die chronischen Circulationsstörungen vorhanden sind. Oft fanden sich kleine Hämorrhagien in den serösen Häuten. Das Herz ist gewöhnlich mehr weniger hypertrophisch am meisten das rechte, dies ist gewöhnlich stark dilatirt, und mit Blut überfüllt.

Die makroskopische Betrachtung des Nervensystems giebt keine Anhaltspunkte für Beurtheilung der Aenderungen in den Nerven.

(Schluss folgt.)

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. 3. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. S. Pirogow.

2. Sitzung am 7/19. Januar 1889.

Von Dr. Hinze in St. Petersburg.

(Fortsetzung).

Section für Neurologie.

Ehrenpräsident: Prof. J. A. Ssikorski (Kasánj).

96) A. F. Erlizki (Docent in St. Petersburg): Ueber Alkoholparalysen.

Ref. berichtet über die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks eines Kranken des Dr. Rybalkin, welcher im Leben an Pa-

raplegie der Beine und beträchtlicher Abnahme der Muskelkraft an den Armen gelitten hatte. E. fand einen degenerativen Process in den Nervenzellen der Vorderhörner und der Nervenwurzeln, der besonders im Lendenmark ausgesprochen war, die peripheren Nerven wurden nicht untersucht. Die Veränderungen in den Vorderhörnern waren den von Kahler und Pick*) gefundenen ähnlich, da aber andere Beobachter bei gesundem Rückenmarke nur die peripheren Nerven erkrankt gefunden haben, so entsteht die Frage, warum beim chronischen Alkoholismus das eine Mal Rückenmark und periphere Nerven, das andere Mal aber nur letztere allein ergriffen werden? Nach E. hat der Alkohol eine stärkere chemische Verwandtschaft zur Substanz der Nervencentren, als zu der der peripheren Nerven, wesshalb die echten, durch chronische Alkoholvergiftung entstandenen Lähmungen immer durch organische Veränderungen des Rückenmarks bedingt werden, während die peripheren Lähmungen nur insofern vom Alcohol abhängig sind, als dieser eine allgemeine Ernährungstörung setzt, und als prädisponirendes Moment wirkt, die directen Ursachen werden in anderen Noxen, besonders der Erkältung zu suchen sein. E. unterscheidet desshalb 2 Formen: 1) die *echte alkoholische Lähmung* mit constanter Betheiligung der spinalen Centren und 2) die *peripheren Lähmungen der Alkoholiker*, welche durch äussere, zuweilen geringfügige Schädlichkeiten in dem, durch chronischen Alkoholmissbrauch veränderten Organismus hervorgerufen werden.

97) G. J. Rossólimo (Moskau): *Zur Physiologie der Schleife.*

In einem Falle von Gliomatose des Rückenmarks bei einem Kranken, welcher im Leben linksseitige Hemianästhesie (besonders Schmerzempfindung und Temperatursinn betreffend) des Halses, Rumpfes, Armes und oberen Abschnitts des femur, und trophische Störungen im anästhetischen Gebiete darbot, ergab die Section Folgendes: Das Gliom hatte das linke Hinterhorn des ganzen Lenden- und $\frac{3}{4}$ des Brustmarks ohne aufsteigende Degeneration der langen spinalen Bahnen vollständig ergriffen, dabei Entartung der medialen Schleife im verlängerten Mark, der Brücke und dem Hirnschenkel. Dieses Krankheitsbild habe sich in Folge einer hypothetischen, bei der Section nicht gefundenen Degeneration der Kerne der Goll'schen und Burdach'schen Stränge der linken Seite entwickelt und könne man den Schluss ziehen, dass in der medialen Schleife die Sensibilität leitende Fasern verlaufen. — Demonstration von Zeichnungen und Präparaten.

98) J. A. Anfimow (St. Petersburg): *Ueber das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit des neuromuskulären Apparates bei Geisteskranken, besonders Paralytikern.*

Das Verhalten dieser elektrischen Erregbarkeit habe nur eine relative Bedeutung, damit aber die durch die jetzigen absoluten Galvanometer erhaltenen genauern Daten auch die wirklichen Grenzwerte

*) Kahler und Pick, über Vacuolenbildung in den Ganglienzellen des Rückenmarks. (Beiträge zur Pathologie und patholog. Anatomie des Centralnervensystems. Leipzig 1870.)

darstellen, müsste man sich über die Grösse und die Gestalt der Elektrodenoberfläche und die Art ihrer Application auf die superficiellen Punkte einigen. Die von Stintzing erhaltenen Grenzwerthe hätten nur eine bedingte Bedeutung und können nur wegen Mangel anderer Daten und bei einer grossen Zahl von Einzelfällen als Norm gelten. Auf Grund seiner Beobachtungen und der in der Literatur vorhandenen Angaben kommt Votr. zum Schlusse, dass alle motorischen Nerven ein und dasselbe Minimum der galvanischen Erregbarkeit besitzen.

In der darauf folgenden Discussion bemerkte W. J. Drosdow (St. Petersburg), 1) dass der Unterschied in den Zahlenangaben von der Differenz der Widerstände in loco applicationis abhängen könne, letztere seien aber nicht gemessen worden, 2) dass die Grösse der Elektroden bedeutungslos sei, da die Dichte des Stromes jedesmal durch Rechnung gefunden werden könne, 3) dass nur eine solche Elektrode als normale zu bezeichnen sei, welche der Oberfläche des untersuchten Nerven entspreche, und endlich, 4) dass man den Widerstand der Haut nicht durch Einschaltung grosser Widerstände in die Kette ausschliessen könne, da die bis jetzt erhaltenen Resultate der Reizung sensibler Nerven unbedeutend seien und weiterer Untersuchung bedürften.

99) L. Blumenau (St. Petersburg): *Zur Lehre vom Hirndruck.*

Die Erscheinungen, welche auftreten, wenn physiologische Lösungen unter hohem Drucke in dem Schädel von Thieren injicirt werden hängen vom allgemeinen Drucke auf das Gehirn ab und können nicht durch eine Reizung von Seiten der eingeführten Flüssigkeit erklärt werden. Die Adamkiewicz'sche Methode der Einführung auf quellender Stoffe in den Schädel ist für das Studium des allgemeinen Hirndrucks untauglich, wohl aber sehr nützlich zur Erlangung eines allmählich sich steigernden Druckes. Die Symptome sowohl des allgemeinen, als auch des partiellen Druckes auf das Gehirn zeigen 2 aufeinanderfolgende Zustände der Nervencentren — zuerst eine Reizung derselben, dann aber ein Erlöschen ihrer Functionen. Als Hauptgrund muss man eine Störung der Blutcirculation im Gehirn annehmen. Die schweren, selbst zum Tode führenden Symptome, die an Thieren beobachtet wurden, denen nach Adamkiewicz Laminaria in den Schädel eingeführt war, sind auf Weiterverbreitung des Druckes auf entferntere Theile des Gehirns zu beziehen, wodurch Veränderungen dieser Abschnitte erzeugt werden, die theils durch Elasticitätsveränderung der Gehirnsubstanz, theils aber durch Auftreten von Hydrops in den Ventrikeln oder deren einzelnen Abschnitten erklärt werden können.

100) A. E. Schtscherbak (St. Petersburg): *Materialien zum Studium über den Umsatz von Stickstoff und Phosphor in qualitativer und quantitativer Beziehung unter dem Einflusse geistiger Thätigkeit.*

Redner hat Versuche an sich selbst gemacht und zwar in 2 Perioden, einen bei relativer Ruhe und einen bei gesteigerter geistiger Thätigkeit. Die Aufnahme des Stickstoffs und des Phosphors war in der zweiten Periode vermindert, der Umsatz beider aber gesteigert, besonders des P., so dass der Organismus 4,9 g. mehr Phosphorsäure

im Harn absonderte, als mit der Nahrung aufgenommen worden war. Hinsichtlich der qualitativen Veränderungen des Umsatzes fiel in Bezug auf N die Oxydationsenergie, in Bezug auf P wurde beobachtet, dass das Verhältniss der Erdphosphate zu den Alkaliphosphaten sich zu Gunsten ersterer änderte. Redner stellt die Hypothese auf, dass während geistiger Thätigkeit im Gehirne beständig irgend eine an Phosphor sehr reiche Substanz zerstört werde, die dabei sich bildende Phosphorsäure ins Blut und aus diesem in den Harn übergehe. Die Endresultate der Phosphormetamorphose können aber verschieden sein je nach dem Verhältnisse zwischen dem im Gehirn zerstört werdenden P und der Menge von Phosphorsäure, welche der Organismus zum Ersatze der von ihm verbrauchten Menge derselben bedarf; eine nicht unwichtige Rolle spielt auch das Maass an Zeit, während welcher der Körper ansruht und seine Verluste ausgleicht; daher erhielt auch Redner bei fast $\frac{3}{4}$ tägiger geistiger Arbeit recht deutliche Resultate.

101) P. J. Rosenbach und A. E. Schtscherbak (St. Petersburg): *Experimentelle Untersuchungen zur Frage von der sogen. Myelitis per compressionem.*

Bei der Compressionsmyelitis am Menschen wirken sehr verschiedene Momente, welche den rein mechanischen Effect der Zusammen-drückung des Rückenmarks verdecken, deshalb stellten Ref. an Thieren einschlägige Versuche an, wobei anderweitige reizende Einflüsse ausgeschlossen wurden. Sie führten unter antiseptischen Cautelen den Thieren silberne Kugeln und Stäbchen in den Rückgratscanal ein und riefen auf diese Weise eine locale Verengerung des Canals hervor; die Thiere vertrugen diesen Eingriff sehr gut und zeigten Symptome von gestörter Function des Rückenmarks. Ein Theil wies stationäre Parese des Beins auf der operirten Seite auf, ein anderer litt, mehrere Wochen nach der Operation an Schwäche beider Beine mit Rigidität, Erhöhung der mechanischen Erregbarkeit, erschwerter passiver Beweglichkeit ohne besondere Veränderung der Sensibilität, dabei war der Gang gestört, die Beine wurden beim Gehen stark gespreizt, glitten häufig seitwärts aus und wurden ungeschickt aufgesetzt. Die Section der operirten Thiere ergab, dass die eingeführten Kugeln an ihrem früheren Orte geblieben waren, nämlich in dem, die hintere Fläche des Duralsackes bedeckenden Fettzellgewebe. Dieses, so wie die Dura und pia mater spinalis waren ganz unversehrt geblieben, am Rückenmarke selbst aber zeigten sich am Orte des stattgefundenen Druckes Veränderung der Gestalt und Erweichung. Mikroskopisch war nachzuweisen, dass im Seiten- und Hinterstrange der Rückenmarkshälfte, auf welcher der drückende Körper gelegen hatte, die Nervenfasern aufgequollen, die Axencylinder theils zerstört, theils hypertrophirt waren, ohne dass Anzeichen von entzündlichen Erscheinungen des interstitiellen Gewebes vorhanden waren. Das Gewebe der grauen Substanz auf der Höhe des ausgeübten Drucks war getrübt und mit Leukocythen infiltrirt, die Gefässe waren überfüllt und erweitert, die Nervenzellen dagegen wenig verändert. In geringer Entfernung von der im untern Abschnitte des Brustmarks gedrückten Stelle fanden

sich Zeichen secundärer Entartung einiger Fasern. Die Votr. ziehen aus ihren Versuchen den Schluss, dass das mechanische Moment des Drucks auf das Rückenmark keine Myelitis, sondern nur örtliche Erweichung setze.

Die Discussion über diesen Vortrag berührte unwesentliche Details, ohne die Schlussfolgerungen der Votr. zu widerlegen.

102) Nofschewski (Dünaburg): *Ein Topothermaesthesiometer.*

Apparat, der den Nachtheil des Eulenburg'schen Thermoesthesiometer, dass Temperatur- und Tastempfindung nicht getrennt werden können, vermeiden soll. Er besteht aus einer dünnen Elfenbeinplatte in welcher 10 Platinastiftchen, 1 mm. von einander entfernt, eingelassen sind. Diese Stiftchen ragen auf der von der Haut abgewendeten Seite um einige mm. hervor; um sie werden nach Bedürfniss 2 feine Platinaschlingen gelegt. Diese sind mit ihren beiden Drahtenden in das Quecksilber von Thermometern geleitet, welche sich in Metallhülsen befinden die an einem Ende geschlossen sind; die Platinaschlingen werden mittels thermoelektrischer Ströme bis zum gewünschten Wärme-Grade erhitzt. Es werden dem zu untersuchenden Kranken die beiden so armirten, in ihrem gegenseitigen Abstände bekannten Stifte so lange erwärmt, bis er angiebt, dass die Temperaturempfindung unter und ausserhalb der Platte eine gleiche sei, dann wird er gefragt, ob er unter der Platte eine oder zwei Wärmesensationen empfinde; die Differenz zwischen den beiden Empfindungen wird durch successives Umlegen der Schlingen auf verschieden von einander entfernte Stiftchen gemessen und die Wärmegrade an den Thermometern abgelesen. Untersucht wurden 20 Personen auf Temperaturen von 40°—47° C. wobei sich Folgendes ergab.

1) Die Stellen der Haut, welche eine feine tactile Empfindlichkeit besitzen, haben auch eine solche für die Localisation der Temperaturempfindungen, nämlich die Fingerkuppen und die Glabella.

2) Von den 20 Untersuchten konnten 2 die Differenzen von 1 mm. Abstand an den Fingerkuppen, an der Glabella von 1 und 2 mm. unterscheiden. 1 Greis, sehr nervös und mit Facialisparalyse behaftet und 1 Neurastheniker mit normaler Tast- und Temperaturempfindung unterschieden bei 40° C. an den Fingerkuppen Unterschiede von nur 10, an der Glabella von nur 15 mm. (Schluss folgt).

II. Verein für innere Medicin in Berlin.

Von Dr. J. Ruhemann.

Sitzung vom 18. Februar 1889.

103) Litten demonstrirt einen Fall, den Rosenheim am 13. Februar 1889 der Berliner Medicinischen Gesellschaft vorgestellt hatte. Es handelte sich um einen Mann, der an *Angina pectoris* litt und eine Stunde lang Aphasie gezeigt hatte. In dem einen Arm, der Kältegefühl, Parese und Fehlen des Radialpulses dargeboten hatte, war in der Ellenbogenbeuge eine kleine Geschwulst zu constatiren. Während Rosenheim eine Embolie der Fossa Sylvii und Radialis angenommen hatte, meinte Litten den kleinen Tumor als die Folge einer „gitterförmigen Endarteriitis“ (Litten) ansehen zu dürfen.

104) **E. Mendel:** *Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlechte.* (Fortsetzung, vergl. vorige Nro.)

Unter 116 Beobachtungen weiblicher Hypochondrie sah M. 2 Fälle vom 7.—10. Lebensjahr, 4 vom 10.—20. Lebensjahr, 40 vom 20.—30., 42 Fälle vom 30.—40. Lebensjahr, 15 Fälle vom 40.—50., u. s. w. 87 von diesen Erkrankten waren verheirathet, 21 unverheirathet, 8 Wittwen. Psychische Einwirkungen, ärztliche Aussprüche bildeten die direkten Ursachen zum Ausbruche der H. Sehr selten entstand sie während der Schwangerschaft, häufig im Wochenbette und nach gynäkologischen Operationen. Bei zahlreichen Kranken fand M. Kyphoskoliose. Der Verlauf zeigte Remissionen, Exacerbationen und häufige Recidive; am auffallendsten waren die Erscheinungen zu der Zeit der Menses. Wenn abortive Fälle in einigen Wochen geheilt wurden, so betrug die Durchschnittsdauer 8 Monate. Uebergang in hypochondrische Melancholie und Paranoia hypochondrica sowie in chronische H. wurde beobachtet. Nachdem M. alsdann die differentielle Diagnostik der H. gegenüber der Melancholie, Paranoia, progressiven Paralyse und Hysterie durchgeführt hatte, bemerkt er in Bezug auf die Therapie, dass lange fortgesetzte gynäkologische Proeeduren für die H. ungünstig wirkten. Die Cohabitation habe keinen wesentlichen Einfluss. In Bezug auf die diätetische (Vermeidung jeder Spirituosen und reizender Getränke, Beschränkung des Fleischgenusses, oft ein vegetarisches Regime), somatische und psychische Behandlung, in Betreff der Bäder- und Anstaltsbehandlung werden nur bekannte Andeutungen gebracht.

III. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 20. Februar 1889.

105) In der Discussion zu dem Virchow'schen Vortrage: *Vorstellung eines Falles und eines Skeletts von Akromegalie* (s. Nr. 3 d. Centralbl.), berichtet Ewald über einen in dem Augusta-Hospital beobachteten Fall von **Akromegalie**, bei welchem, einem 50 j. Manne, sich abgesehen von einer beträchtlichen Vergrößerung des Unterkiefers der partielle Riesenwuchs nur auf die Hände und Füße erstreckte. Jene machten den Eindruck von Tatzen, die Endphalangen waren kolbig aufgetrieben. Die mechanische und elektrische Erregbarkeit der Muskeln bot keine auffälligen Erscheinungen dar, die Kniephänomen waren erhalten, die Schilddrüse fehlte. Starke exsudative Pleuritis. Tod. Familiäres oder hereditäres Vorkommen der A. liess sich nicht nachweisen. Carcinose der Lungen, Pleura u. s. w., Endocarditis. Gl. Thymus und Thyreoidea fehlten. Das Fehlen der Thyreoidea spricht gegen die Klebs'sche Ansicht von der Bedeutung dieser Drüse für das Entstehen der Akromegalie.

Virchow erwähnt sodann einen in Moskau beobachteten Fall von A. bei einem 34 j. Manne. Das Leiden war vor 7—8 Jahren entstanden. Endlich gedenkt V. noch eines in China gesehenen Falles von Vergrößerung der ersten Finger der l. Hand.

III. Referate und Kritiken.

106) **Repreff:** Ueber Beziehungen der Sexualfunctionen zur gesammten Ernährung. (Wratsch 1888. Nro. 37.)

Auf Grund experimenteller Untersuchungen fand V., dass die normale Sexualfunction in Abhängigkeit von einem genügenden Ernährungszustande des Organismus steht und dass Ernährungsanomalien andererseits zu Störungen der Sexualfunctionen führen.

A. Rosenthal.

107) **Wilizanin:** Zur Methodik der Bestimmung von Grösse und Schwankungen des intracraniellen Druckes. (Ezenied. Klin. Gaz. 1888. Nro. 27–28.)

Auf Grund einer neuen Untersuchungsmethode kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Durchschneidung und Reizung der centralen Abschnitte beider Nn. sympathici bewirken keine Aenderung des intracraniellen Druckes. 2. Reizung des peripherischen Endstückes eines der Nn. splachnici ruft Steigerung des Blutdruckes somit auch des intracraniellen, hervor. Aenderung der Körperlage bewirkt eine bedeutende Aenderung des Blutdruckes. Der intracranielle Druck folgt diesem Gesetze.

A. Rosenthal.

108) **E. Peregaux** (Montreux): Beitrag zur Kenntniss der Erkrankungen der corticalen Rindencentra. (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte Nro. 23. 1888.)

Verf. beobachtete folgenden Fall: Ein 53 jähriger Bauer L. M. klagt über Schwäche und Taubheit im rechten Bein. Anamnestisch lässt sich feststellen, dass derselbe, sonst gesund, nach anstrengender Arbeit auf dem Felde am 26. August, am folgenden Morgen ein sonderbares Gefühl im rechten Beine verspürte. Gehen machte Schwierigkeiten.

Verf. fand am 28. August den Gang des Patienten erschwert. r. Fuss scharrt hie und da auf dem Boden, was an einer mangelhaften Beweglichkeit des Fuss- und Kniegelenkes liegt. Der Fuss ruht in schlaffer vulgoequinus-Stellung auf der Unterlage. Active Bewegungen im Kniegelenk schwieriger, Fussgelenk zeigt deutliche Einschränkung sämtlicher Bewegungen (Beugung, Streckung, Pro- und Supination). Die Zehen sind fast gelähmt, namentlich die grosse. Patellarreflex rechts leicht gesteigert. Grobe Kraft unversehrt. Sensibilität vom Kniegelenke an gestört, aber nirgends ganz aufgehoben. Algesie hat ebenfalls eine bedeutende Einbusse erlitten. Temperatursinn herabgesetzt. Lageveränderung am r. Fuss nicht mehr wahrzunehmen Gang unsicher, nicht ataktisch. Ruht der Patient, so haben die Bewegungen des betr. Beines bei geschlossenen Augen einen leicht ataktischen Charakter.

Verf. glaubt es in diesem Falle mit direkten Herdsymptomen zu thun zu haben. Ob Blutung oder Erweichung die Ursache, lässt sich schwer entscheiden.

Goldstein.

109) **Robert T. Edes** (Washington, D. C.): A case of cerebral tumor. (Ein Fall von Hirntumor.) (The Medic. Rec. 28. Juli 1888.)

„Epileptiforme Anfälle seit 2 Jahren. Zeitweise Aphasie und rechtsseitige Hemiparese, Vorhandensein heftigen Kopfschmerzes und Erbrechen, Tumor zwischen 4. und 5. Occipital-Temporal-Windung und dem Hinterhorn des Seitenventrikels, secundäre Veränderungen in dem Schläfenlappen und der Insel“.

Verf. hebt hervor, dass Hemiparese sich so häufig bei den verschiedenst gelegenen Hirntumoren findet, dass sie für die Diagnose des Sitzes der Geschwulst ohne Werth ist. Sie verdankt in solchen Fällen ihre Entstehung oft genug nur der allgemeinen Compression (durch primäre oder secundäre Congestion) einer Hemisphäre oder auch nur der motorischen Region allein. Dasselbe gilt von den epileptischen Anfällen, sobald die Convulsionen keinen streng localisirten Character haben. Dass in seinem Falle Hemianopsie fehlte, erkläre sich aus dem ungewöhnlich tiefen Sitze des Tumors: der Cuneus und die Fasern, die von ihm oder von andern zum Sehcentrum in Beziehung stehenden Theile der Oberfläche des Hinterhauptslappens nach vorn ziehen, wurden durch ihn nicht getroffen. Auch die vorhandene amnestische Aphasie könne nur, da die 3. Stirnwindung anscheinend ganz unversehrt war als allgemeines Drucksymptom aufgefasst werden. — Bemerkenswerth in dem Falle war noch, dass Pat. fast gar nicht an Kopfschmerz litt.

Voigt.

110) **Aronsohn**: Ein Fall von Echinococcus im Gehirn.
(Russkaja Medicina Nro. 40. 1888.)

Der Kranke zeigte folgende Symptome: Kopfschmerz, Hemiparese und Hyperästhesie der l. Körperhälfte, Depression bis zur Apathie, partielle epileptiforme Anfälle. Im rechten Seitenventrikel fand sich ein Echinococcus in Grösse eines Apfels vor.

A. Rosenthal.

111) **L. Putzel** (New-York): A case of cortical hemianopsia, with autopsy. (Corticale Hemianopsie).

Ein 54 jähriger, an chronischer diffuser Nephritis leidender Mann merkte unmittelbar nach einer Körperanstrengung, dass er mit dem rechten Auge schlechter sehen konnte. Die am nächsten Tage vorgenommene Untersuchung ergab das Vorhandensein completer rechtsseitiger Hemianopsie bei normaler Pupillenreaction. Hierzu gesellten sich nach 10 Tagen Gesichtshallucinationen auf dem kranken Auge, die allmählich an Häufigkeit zunehmen, um nach Verlauf einiger Wochen ununterbrochen anzudauern. Nun wurde Pat. sehr misstrauisch auf alle die ihm nahe kamen, fing an in allen Winkeln nach den ihn quälenden ungeheuer grossen Thieren (Spinnen, Fliegen u. s. w.) zu suchen, konnte nicht ruhig im Bette gehalten werden. Bald trat andauernde urämische Dyspnö und Cheine-Stockes'sches Asthma hinzu, das bis zu dem 4 Wochen später eintretenden Tode anhielt; 14 Tage vor demselben stellten sich Zuckungen der Nackenmuskeln ein (wodurch

gewöhnlich der Kopf heftig gegen die rechte Schulter gezogen wurde), zu denen sich bald auch eine rechtsseitige Hemiplegie gesellte. Nun wurden die Zuckungen weniger heftig, die Geistesstörung etwas besser, doch blieben die Gesichtshallucinationen. Bald trat wieder Verschlimmerung, dann der Tod ein. *Section*: Nephritis, Hypertrophie und Dilatation des ganzen Herzens, grosser erweichter Herd im linken Cuneus, der nach vorn bis zur Fissura parieto-occipit., nach unten bis etwas über die Fissura calcar. reicht; im Knie der rechten inneren Kapsel gleichfalls eine erweichte Stelle; im äusseren Theile des Linsenkerns eine kleine leere Höhle mit scharfen Rändern. — Auch aus diesem Falle folgt also, dass im Cuneus das corticale Sehcentrum gelegen ist; dazu aber zeigt er, dass noch andere und höhere Sehcentren da sein müssen, da die in der linken Seite des Gesichtsfeldes vorhandenen Gesichtshallucinationen nicht nur nicht, wie in anderen Fällen, mit Eintritt der Hemianopsie schwanden, sondern im Gegentheil erst am 10. Tage nach dem Eintritt der Hemianopsie in die Erscheinung traten; wenigstens lässt sich diese Thatsache kaum anders erklären, als dass gewisse den Cuneus durchlaufende Fasern den in der entzündeten Umgebung der Erweichungsstelle empfangenen Reiz zu irgend einem anderen Centrum überleiteten, in welchem derselbe nach dem Gesetze der specifischen Energie der Nervelemente in eine Gesichtsempfindung umgesetzt wurde.

Voigt.

112) A. Hauer (Prag): Ueber Hemianopsie als Theilerscheinung des Symptomencomplexes frischer cerebraler Hemiplegien.

(Prager med. Wochenschrift 44. 45. 1888.)

Schon früher hat Kahler in Prag die Ansicht ausgesprochen, dass die homonyme laterale Hemianopsie eine sehr häufige Theilerscheinung der cerebralen Hemiplegie darstellt und sich, gerade so wie die Hemianaesthesia, bei Anwendung geeigneter Untersuchungsmittel in jedem Falle von Hemiplegie, namentlich wenn dieselbe in Begleitung eines nur halbwegs stärker ausgesprochenen apoplectischen Insultes aufgetreten ist, nachweisen lässt. Verf. zeigt nun an 4 auf der Kahler'schen Klinik beobachteten Fällen, dass sich eine halbseitige Sehstörung in Gestalt der gekreuzten homonymen lateralen Hemianopsie bei allen frischen mit einem ictus apoplecticus einsetzenden Gehirnhaemorrhagien fand. Dieselbe fehlt aber dort, wo der hemiplectische Symptomencomplex von einer Herderkrankung abhängig ist, bei deren Zustandekommen keine wesentliche traumatische Einwirkung auf die betreffende Hemisphäre stattgefunden — also bei wenig umfangreichen oder langsam erfolgenden Apoplexien — ein Umstand, der sich immer durch das Fehlen irgendwie erheblicherer Erscheinungen des apoplectischen Insultes, namentlich durch das Fehlen der initialen Bewusstseinsstörung verräth. So berichtet Verf. über eine durch Gehirnhaemorrhagie bedingte, aber ohne apoplectischen Insult aufgetretene Hemiplegie eines 74 jährigen Beamten, bei dem jede Sensibilitäts- oder Sehstörung fehlte. Man fand bei der Autopsie einen hühnereigrossen

Herd, der den Linsenkern, Claustrum, Capsula ext.- und int. mit Ausnahme des letzten Drittels des hinteren Schenkels der innern Kapsel einnahm.

Für den Fall jedoch, dass eine ohne apoplectischen Insult aufgetretene Herderkrankung ihren Sitz in unmittelbarer Nachbarschaft der centralen Opticusfaserung hat, wird auch die vorübergehende Hemianopsie in dem Symptomenbilde nicht vermisst werden. Daraus ergibt sich die localdiagnostische Bedeutung des Nachweises von Hemianopsie bei frischen Hemiplegien, welche ohne apoplectischen Insult entstanden sind. So beobachtete Verf. bei einer 60jährigen Tagelöhnerin eine plötzlich, doch ohne Bewusstseinsstörung eingetretene Hemiplegie mit Hemianaesthesia und Hemianopsie derselben Seite; in 4 Wochen war die Hemianopsie verschwunden, die Sensibilität zum Theil zurückgekehrt. Die Diagnose wurde auf eine haemorrhagische Herderkrankung im hinteren Schenkel der inneren Kapsel und Freibleiben der anschließenden Markmasse des Hinterhauptlappens gestellt, was auch bei der später infolge von Pneumonie ermöglichten Autopsie bestätigt wurde.

Für frische Hemiplegien, welche mit einem Insult eingesetzt haben wird die Hemianopsie ebensowenig zu topisch-diagnostischen Zwecken Verwerthung finden dürfen, wie die übrigen Bestandtheile des Symptomenbildes. Hier gilt es einige Wochen abzuwarten, um den indirecten Herdsymptomen Zeit zur Rückbildung zu geben.

Endlich gibt Verf. noch mehrere Krankengeschichten zum Beweise dafür, dass die homonyme laterale, der Lähmungsseite gleichnamige Hemianopsie die regelmässige Theilerscheinung auch solcher hemiplectischer Symptomencomplexe ist, welche nicht auf Herderkrankung durch Haemorrhagie in die Gehirnsubstanz beruhen. So berichtet er über je einen Fall von ausgebreiteter Hirnerweichung bei tuberculöser Meningitis, von intracranieller Haemorrhagie nach Basisfissur, von Gliosarkom des Gehirns und von Dementia paralytica mit einseitiger Pachymeningitis interna haemorrhagica, Fälle in deren Verlauf zu einer gewissen Zeit apoplectiforme Anfälle auftraten, die ausser einer einseitigen Lähmung auch eine gleichnamige Hemianopsie hervorriefen.

Strausschaid.

113) L. B. Graddy (Omaha, Neb.): Idiopathic multiple cranial neuritis. (Idiopathische Neuritis cerebialis.) (The medic. Record 14. April 1888.)

Ein gesundes junges Mädchen hatte innerhalb weniger Wochen eine Parese erst des 3., dann des 4. und 6. Hirnnerven derselben Seite durchzumachen; hieran schloss sich nach einem Zeitraum von 6 Wochen eine Neuritis optic. derselben Seite und abermals nach 3 Monaten eine Parese des ganzen Facialis der andern Seite. Vollkommene Heilung innerhalb weniger Monate. Da Patientin sonst gesund war, auch namentlich weder an Syphilis noch Alkoholismus litt, so kann es sich in diesem so seltenen Falle wohl nur um eine idiopathische Neuritis gehandelt haben — und zwar spricht das Auftreten der Neuritis optica sowohl, als der Umstand, dass der ganze Facialis sich ergriffen zeigte — nach Troussseau und Mendel pp. hat der Orbicular-Ast des Facial. einen besonderen Ursprung — für eine periphere Neuritis. Voigt.

114) **Karl Schaffer**: Zur Frage des centralen Ursprunges der Alcoholparalyse. (Orvosi Hetilap 1888. Nro. 43.)

Verfasser untersucht microscopisch das Rückenmark einer an Alcoholparalyse verstorbenen Säuferin und fand in der ganzen Ausdehnung des unteren Rückenmarksabschnittes chronische degenerative Veränderungen. Die vorderen motorischen Ganglienzellen sind theilweise sclerotisch theils einfach atrophisch, ferner fanden sich zahlreiche Amyloideconcretionen vor. Als bemerkenswerthe Thatsache sei hervorgehoben, dass bei der Kranken nur die *unteren* Extremitäten gelähmt waren, während die oberen den Willensimpulsen noch gehorchten. Im Rückenmarke fanden sich vorwiegend die motorischen Zellen des *lumbalen* Segmentes in obengenannter Weise atrophisch, während jene des Cervicalabschnittes sich grösstentheils als intact erwiesen. Die Rückenmarkswurzeln waren ganz gesund. Verfasser neigt sich zur Auffassung Erb's bezüglich der Localisation des Processes, indem er den Ausgangspunkt der Alcoholparalyse in den Vorderhörnern sucht, und äussert für jene, allerdings bisher seltenen Fälle, wo bereits im Rückenmarke Structuralationen vorhanden sind, die Ansicht, dass die Affection entweder bereits so lange bestand oder in solcher Intensität auftrat, dass die anfänglich nur functionellen Veränderungen der Ganglienzellen in microscopisch nachweisbare übergegangen sind.

Moravcsik.

115) **Feilchenfeld** (Danzig): Ueber einige von der Oberfläche der Conjunctiva und Cornea aus ausgelöste Reflexe.

(Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1889 Januar.)

Bei Ausspülungen der Augen mit Sublimatlösung, bei Einträufelung von Atropin u. s. w. werden recht häufig verschiedenartige Reflexe beobachtet, auf welche nach Verf.'s Meinung bisher kaum hingewiesen wurde.

Ausser dem bekannten Lidschluss bei Berührung der Conjunctiva oder Cornea hat Verf. folgende Reflexe beobachtet:

1. Eine ungefähr 5 Sec. währende Unterbrechung der Athmung nach vorhergehender einmaliger tiefer Inspiration oder wiederholter schnell aufeinanderfolgender saccadirter Inspiration. Der Athmungsstillstand wird von einer kräftigen Expiration gefolgt. Die Patienten bieten während des Anfalls das Bild eines Menschen, der zu ersticken fürchtet. In seltenen Fällen beobachtete Verf. die Athmungspause im Expirationsstadium. Pulsbeobachtungen liegen nicht vor. Der Athmungsstillstand, den Christiani auf Reiz der Augenhöhlenzweige des Trigemini fand, erfolgte — im Gegensatz zu der Mehrzahl der Beobachtungen F.'s — in der Expiration.

2. Schluckbewegung. Häufiger bei directer Berührung der Cornea, als bei directer Berührung der Conjunctiva.

3. Niesen. 4. Schmeckbewegungen.

Erlenmeyer.

116) **B. O. Kinnear** (Boston, Mass.): Hay fever as a disease of central nervous origin. (Heufieber, eine Erkrankung central-nervösen Ursprungs.) (The Medic. Rec. 14. Juli 1888.)

Verf. führt aus, dass alle wesentlichen Symptome des Heufiebers sich am besten durch die Hypothese erklären lassen, dass die Nervencentren des 5. 7. 9. und theilweise auch des 10. Hirnnerven sich in einem hyperämischen Zustande befinden und in Folge dessen abnorm funktionieren. Er wendet deshalb zur Heilung dieser Erkrankung Chapman'sche Eisbeutel an, womit er entweder (bei Patienten, deren Blutcirculation in den Extremitäten an und für sich schwach ist) die Wirbelsäule vom 4. Nacken- bis zum 2. oder 3. Backenwirbel herab oder (bei Leuten mit guter Blutcirculation in der Haut) nur die Cilio-spinal-Gegend bedeckt. Den guten Erfolg dieser Behandlung erläutert er durch die Erzählung von 6 betreffenden Fällen. Im Uebrigen meint er, dass jene Hyperämie veranlasst werde durch die Einwirkung der Sommerhitze, und dass der sonst als Ursache des Heufiebers angeklagte Blüthenstaub, Rauch, Dunst u. s. w. nur insofern einwirke, als er den Hitzeeffect durch Erzeugung heftiger reflectorischer Reizungen jener Hirnnerven vermehre.

Voigt.

117) **B. E. Hadra** (Galveston, Tex.): Abdominal neurosis and exploratory laparotomy in the male, with cases. (Abdominale Neurose und Versuchs-Bauchschnitt beim Mann, mit Fällen.) (The Medic. Rec. 21. Juli 1888.)

Verf. verlangt, dass in gewissen Fällen von immer wiederkehrenden Schmerzen im Leibe, in welchem die Diagnose auf „dunkle Neurose“ laute, zur Probe-Laparotomie geschritten werden solle: man finde dann öfter Verwachsungen und Verdrehungen des Darms u. s. w; nach deren Beseitigung der Schmerz für immer verschwinde.

Voigt.

118) **E. Harrison Griffin** (New-York): Nervousness produced by obstruction of the nares, with reports of cases. (Nervosität mit Verstopfung der Nase, mit Fällen.) (The Medic. Record 21. Juli 1888.)

Ein 15 jähriges Mädchen, das seit Jahren an Verstopfung und Eiterung des linken Nasenloches litt, hatte während dieser ganzen Zeit wöchentlich ein paar mal leichte, als epileptisch betrachtete Convulsionen, die für immer nach Extraction eines haselnussgrossen Rhinolithen verschwanden; der Kern des letztern bestand aus einem vor 6 Jahren in's Nasenloch gesteckten Schuhknopfes. — Verf. führt noch einige Fälle an, in denen die Kranken so lange an Nervosität litten, bis sie von ihrem Nasenpolyphen befreit waren. —

Voigt.

119) **A. H. Fridenberg** (New-York): A rare form of vasomotor disease. A contribution to the study of hydrops intermittens articolorum. (Eine seltene Form vasomotorischer Erkrankung; ein Beitrag zum Studium des Hydr. intern. artic.) (The Medic. Record 16. Juni 1888.)

Verf. giebt die Krankengeschichte einer an typischem Hydrops interm. genu leidenden jungen Frau — angeblich der erste in Amerika beschriebene Fall dieser Art —, erwähnt kurz einen zweiten von ihm an einem Manne beobachteten ähnlichen Fall und berichtet dann das Wesentlichste aus 24 gleichen Fällen, die er in der englischen und französischen, vornehmlich aber in der deutschen Literatur fand. Auch er hält die Erkrankung für eine vasomotorische Neurose, und wenn auch deren periodisches Auftreten noch nicht genügend erklärt werden könne, so wisse man doch, dass überhaupt die vasomotorischen Störungen grosse Neigung zur Periodicität hätten. Als Heilmittel empfiehlt er neben dem Gebrauche aller möglichen Tonica die Electricität, da in seinem Falle durch Galvanisation des Rückenmark's, später des Hinterhaupts, wenn auch erst nach monatelanger Anwendung, bedeutende Besserung eintrat.

Schliesslich möchte er die Aufmerksamkeit der Aerzte darauf gerichtet wissen, dass in ähnlichen Fällen die Ursache möglicherweise in einer Syphilis heredit. tarda zu suchen sei. **Voigt.**

120) **Frank C. Bressler** (Baltimore): Hysterical Fever. (Hysterisches Fieber.) (The Medic. Record 28. April 1888.)

Verf. versteht unter hysterischem Fieber eine mehrmals, von ihm bei „nervösen“ Patienten beobachtete, Stunden- oder Tagelang anhaltende, inter- oder remittirende Temperatursteigerung, während deren Vorhandensein eine Reihe hysterischer Symptome in die Erscheinung traten. Dieses Fieber beginnt nach ihm gewöhnlich mit Frost, Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, allgemeinem Uebelbefinden; daneben findet sich allgemeine Hyperästhesie, Verfeinerung der Functionen der höheren Sinnesnerven, allgemeine Reizbarkeit, oft hartnäckiges Erbrechen, starke Empfindlichkeit des Leibes, namentlich in der sogenannten Ovarial-Gegend gegen Druck, Pulsbeschleunigung, Schlaflosigkeit, gelegentlich auch leichte Krämpfe. Der Gang der Temperatur ist eigenthümlich; abgesehen davon, dass sie durch Gemüthsbewegungen, u. s. w. oft gesteigert wird, ist sie gewöhnlich am Anfang am höchsten (38—41° C.) nach Stunden kann sie dann plötzlich um 3—4° fallen, um dann plötzlich wieder um ebensoviel zu steigen; bald ist sie Morgens, bald Abends am höchsten. Dabei verliert der Kranke Nichts an Körpergewicht oder doch wenigstens nicht annähernd so viel, als in anderen fieberhaften Krankheiten, auch ersetzt sich der etwaige Verlust viel schneller wieder. — Prognose und Therapie wie bei gewöhnlicher Hysterie.

Voigt.

121) **Atlasoff**: Ueber den Einfluss der Erderschütterungen auf den geistigen Zustand. (Ref. im Archiv psych. 1888.)

Verf. beschreibt den Einfluss der Erderschütterung in dem Flecken Wiernyj die im vorigen Jahre stattfand. Die Einwirkung auf das Nervensystem war eine sehr evidente. Man bemerkte eine Abschwächung der corticalen Hemmungscentren und eine bedeutende Steigerung der Reflexerregbarkeit. So als am nächsten Tage nach der Katastrophe Jemand „Wasser“ rief, so flohen die meisten Einwohner aus der Stadt aus Furcht vor einer Ueberschwemmung, obgleich in der Umgebung kein Fluss vorhanden ist. Die Leute machten den Eindruck von Automaten, die in Folge eines leisen Geräusches in Zittern bis zu tonisch-klonischen Zuckungen geriethen. Bei älteren Personen bemerkte man eine Schwäche sämmtlicher Functionen auch der Reflexe. Ausserdem wurde heftiges Herzklopfen und eine allen medicamentösen Mitteln trotzen Schlafllosigkeit beobachtet, die bei vielen längere Zeit anhielt. Geistesstörung wurde bei 7 Personen (2 M. 5 F.) im Alter von 20—39 J. beobachtet. Die Psychose hatte einen acuten Verlauf und äusserte sich in Wahnvorstellungen religiösen Inhalts. Stationäre Geisteskrankheit ist bei denselben nicht zurückgeblieben.

A. Rosenthal.

122) **Thomas D. Savill** (London): Case of tetanus treated by chloral hydrate; recovery. (Ein mit Chloralhydrat behandelter Fall von Tetanus; Genesung.) (The Lancet. 24. November 1888.)

In Rücksicht darauf, dass Heilungen des Tetanus, gleich, ob derselbe ein traumatischer, idiopathischer oder aus einer Infectiouskrankheit hervorgegangen ist, zu den Seltenheiten gehören — von 100 Fällen verliefen nach Poland 88 letal —, theilt S. einen derartigen Fall mit, dessen günstiger Ausgang in erster Linie dem lange Zeit hindurch und in grossen Dosen verabreichten Chloralhydrat und in zweiter, als dieses Erbrechen verursachte, dem Chloroform zugeschrieben wird.

Auch bei den deutschen Heeren im Kriege gegen Frankreich 1870—71 erwies sich unter allen angewandten Heilmitteln das Chloralhydrat in grossen Dosen (per os und per anum) als das vorzüglichste, die Opiate standen nach, Calabar und Curare waren nutzlos. Die Electricität hatte, allerdings nur in einer kleinen Anzahl von Fällen, ausgezeichnete Erfolge.

Pauli.

123) **E. Angerstein** und **G. Eckler**: Haus-Gymnastik für Mädchen und Frauen. Mit vielen Holzschnitten und einer Figurentafel.

(Berlin 1888, Verlag von Th. Chr. Fr. Enslin.)

Der Aufforderung, dem werthvollen Büchlein über Hausgymnastik für Mädchen und Frauen auch in unserem dem Nervensystem geltenden Centralblatte einige empfehlende Worte zu widmen, komme ich hierdurch mit der grössten Bereitwilligkeit nach. Denn einerseits haben

die um das Turnwesen so verdienten Herausgeber in ihrer vor Jahresfrist verfassten Arbeit über Hausgymnastik für Gesunde und Kranke jedes Alters und Geschlechtes, wie der Erfolg von 8 Auflagen innerhalb eines Jahres zur Genüge beweist, ihre grosse Fähigkeit für eine derartige Schrift bewiesen, und andererseits ist ja der eminente Einfluss, den gymnastische Uebungen auf das Nervensystem haben, nicht gering anzuschlagen. Was darüber zu sagen ist, haben in treffenden Worten die Verf. auf pag. 10, 11, 12 ausgesprochen. Und die Ueberschrift des Vorwortes selbst sollte jede Mutter ihrer Tochter vorlesen: „Die so häufige Blutarmuth und Bleichsucht und alle damit im Zusammenhang stehenden weiblichen Leiden, krankhafte *nervöse* Affektionen, *Hysterie* und dergl. würden viel seltener werden, wenn die Gymnastik beim weiblichen Geschlechte mehr in Aufnahme käme. Eine angenehme Frische der Erscheinung, sichere gerade Haltung, Anmuth und Gewandtheit der Bewegung würden ein allgemeineres Gut der Mädchen und Frauen sein.“

Möge das vortrefflich ausgestattete Werkchen von recht vielen Aerzten den Familien empfohlen werden! Goldstein.

124) C. H. Hughes (St. Louis): Poliomyelitis anterior acuta infantilis. Essential infantile paralysis. The rationale of its treatment.

(The alienist and neurologist. October 1888.)

Verf. bespricht nach einer kurzen oberflächlichen Schilderung des Krankheitsbildes die angeblichen Vorzüge seiner Behandlungsmethoden, die in der Anwendung eines mittelstarken constanten Stromes in absteigender Richtung besteht, welche unmittelbar nach Erscheinen der Lähmung stattfinden soll. Verf. hofft dadurch die Resorption der acut entzündlichen Producte zu erzielen. Später, wenn alle Reize vertragen werden wendet H. auch den faradischen Strom an. Zugleich werden innere Mittel: Secale, Belladonna, Bromsalze, Strychnin etc. empfohlen. Strauscheid.

125) E. O. Daly (Hull): Der subcutane Gebrauch von Morphinum.

(The medical chron. December 1888.)

Die ausführliche Arbeit behandelt alles, was sich bezüglich der Morphinum-Injectionen sagen lässt, inclusive der Morphiumsucht, und zwar, wie das von englischen Forschern so häufig geschieht, ausschliesslich auf Grund eigener Beobachtung, ohne Eingehen auf die Literatur.

D. bespricht, unter Uebergang des salzsauren Morphins, die in England bei Injectionen gebräuchlichen Salze, und empfiehlt ausschliesslich das weinsteinsäure Salz wegen seiner vollkommenen Neutralität, seiner Leichtlöslichkeit und Unveränderlichkeit. Als Initialdosis bei Patienten, die niemals vorher Morphinum genommen haben, nennt D. im maximum $\frac{3}{4}$ Centigramm bei einer erwachsenen Frau, 1 Centigramm bei einem erwachsenen Manne; er hat nach einer Initialdosis von $1\frac{1}{2}$ Centigramm letalen Ausgang gesehen.

Als Wirkungen lange fortgesetzter Injectionen beschreibt D. In-duration, Pustel- und Abscess-Bildungen der Haut und diffuse Irritationen in Gestalt von Urticaria, papulösen und vesiculösen Eruptionen. Die Allgemein-Erscheinungen trennt er in nervöse und digestive; unter letzteren erwähnt er Lebercongestionen, die sich in thonigen Faeces und leichtem Icterus äussern; häufig beobachtete er bei Morphinisten nach der Injection eine Temperatur-Steigerung von 2—3 Grad (Fahrenheit). Den Abstinenz-Collaps sah er im Durchschnitt 12 Stunden nach der letzten Dose eintreten, manchmal aber erst nach drei Tagen. Einzelne der Symptome der Morphinumintoxication erklärt D. für Abstinenz-Erscheinungen, die eintreten, wenn die Wirkung der letzten Injection sich zu verlieren beginnt, und ehe die nächste Dose Euphorie bringt, und diesen Wechsel zwischen Morphinumdrang und Euphorie hält er für besonders geeignet, den Verdacht auf Morphinismus zu wecken.

Bei chronischen Kranken, die den Arzt aus äusseren Gründen nur selten zu sehen bekommen, hält D. es für erlaubt, den Krankenpfleger oder einen Verwandten für die Injectionen zu instruiren; mit dieser Ausnahme sollte man nie einem Verwandten die Spritze anvertrauen, und ausnahmslos nie dem Patienten selbst, auch widerräth er, dem Patienten ein Recept für Morphinum in die Hand zu geben; der Arzt solle, wo er der Familie die Injection überlässt, das Medicament selbst übergeben.

Manche Aerzte wären im Unklaren, wie lange man Morphinum geben dürfe, ehe Morphinumsucht entstände; der Drang nach Morphinum tritt schon binnen 3—4 Wochen auf, wenn täglich Injectionen gegeben worden sind; bei heibaren Leiden solle man diese deshalb nicht länger als 10—14 Tage fortsetzen.

Vor Ersatzmitteln des Morphinums, die zu der alten Gewohnheit eine neue schaffen, warnt D. ebenso, wie vor Täuschungen der Patienten durch indifferente Injectionen.

Die Entziehung räth D., plötzlich vorzunehmen, und will nur bei sehr stürmischen Erscheinungen intercurirende Dosen des Mittels gestatten. Wenn die ersten 48 Stunden der plötzlichen Entziehung ohne Unruhe und Diarrhoe verlaufen sind, so besteht kein Zweifel, dass der Patient heimlich Morphinum erhalten hat, und alle gegentheiligen Versicherungen sind erlogen. Als Stimulantien beim Collaps räth D. Nähr-Clysmata, Aether oder Ammoniak subcutan, oder eine Mischung von Capsicum und Ammoniak; gegen Schlaflosigkeit Chloral in hohen Dosen, gegen Diarrhoen keine Adstringentien, sondern warme Wasser-Clysmata von 32° C.

D. resumirt seine Vorschriften folgendermaassen: Niemals eine höhere Dose als 0,01 bei einem Patienten, der noch nie Morphinum erhalten hat, niemals Morphinum bei Hysterie, (? Ref.), niemals Injectionen bei einem geheilten Morphinisten; schliesslich warnt er wohlmeinens jeden Arzt, an sich selbst eine Injection zu probiren.

Kurella.

126) **William L. Worcester:** The mortality of epilepsy. (Die Sterblichkeit der Epileptiker). (The Medic. Record 28. April 1888.)

Unter 4084 im Michigan Asylum behandelten Geisteskranken waren 234 Epileptiker. Von diesen Epileptikern starben 62 ($26\frac{1}{2}\%$), während die Todesziffer der gesammten Geisteskranken nur 735 (18%) war — und zwar trat bei jenen in $19,2\%$ der Tod als unmittelbare Folge der Epilepsie ein. Unter jenen 62 Todten hatten nur 15 (25%) das Alter von 45 Jahren erreicht. — Von 47819 in 15 Irrenanstalten der vereinigten Staaten und Canada's behandelten Kranken starben $17,91\%$, dagegen 30% von der Zahl der aufgenommenen Epileptiker. Verf. betont, dass man bei diesen Zahlen nicht vergessen dürfe, dass sich in den Anstalten durchschnittlich mehr schwere Fälle von Epilepsie befinden möchten, als ausserhalb derselben, und ferner, dass die Gefahr des tödtlichen Ausganges jedenfalls da weit geringer ist, wo die Krämpfe in längeren Pausen erfolgen, die geistigen Functionen nur wenig gestört sind.

Voigt.

127) **Cwietkoff:** Ein Fall von Malariapsychose

(Russisch, Russkaja Medicina 1888. Nro. 41.)

Eine 23 jähr. Frau litt an Malariafieber von quartanem Typus. Alsdann entwickelte sich bei derselben eine periodische Psychose: 2 Tage befindet sie sich im Stupor, an jedem 3. fällt sie in Tobsucht die von 7 Uhr früh bis 9 Uhr Abends andauert. Diese periodische Geisteskrankheit währte einen vollen Monat. Nach Chinin- und Arsenbehandlung folgte allmählich Genesung. Völlige Amnesie der Anfälle. Einen ähnlichen Anfall beschrieb Kowalewsky, nur wechselte hier Tobsucht mit normalem Befinden.

A. Rosenthal.

128) **Fletcher Beach:** Cases of disease of the brain in imbeciles. (Gehirnkrankheiten bei Imbecillen.)

(Journal of mental science. Jan. 1889.)

Imbecillität beruht öfter auf einer Entwicklungshemmung des Gehirns, als auf einer Gehirnkrankheit. Von letzteren bespricht Verf. zunächst zwei mit einer Vergrösserung des Hirnvolumens einhergehende Krankheiten, nämlich Hydrocephalus und Gehirnhypertrophie. Ersterer kann bekanntlich bei der Geburt schon vorhanden sein oder aber sich auch später entwickeln; übrigens muss keineswegs in allen Fällen von H. eine Schwäche der geistigen Kraft eintreten. Die Schädelgestalt unterscheidet sich von derjenigen, wie sie der Rhachitis eigenthümlich ist, durch die Wölbung der Fontanelle, die bei letzterer vertieft ist sowie durch die Kugelgestalt des Schädels, der bei Rhachitis von vorn nach hinten verlängert ist. Die Flüssigkeitsmenge bei H. ist recht verschieden; Verf. fand bis über 1 Liter in der Schädelhöhle.

Die Gehirnhypertrophie ist eine ziemlich seltene Krankheit; sie wurde von Laënnec zuerst beschrieben. Sie beruht auf einer Ver-

mehrung des interstitiellen Gewebes der weissen Substanz; dieselbe ist so zähe wie gekochtes Eiweiss; zugleich sind die Blutgefässe vermehrt. Die Krankheit ist nach der Ansicht des Verf. eine angeborene. Von 8 derartigen Pat. des Verf. starben 4 an Krämpfen, 2 im Coma und zwei andere an Diarrhoe und Bronchitis. Der Grad der Hypertrophie ist ein verschiedener; bei einem 15 jährigen Kinde betrug das Gehirngewicht 1860 gr., etwa die Hälfte mehr, als diesem Alter durchschnittlich zukommt. Die Symptome von Hydrocephalus und Gehirnhypertrophie gleichen einander sehr; B. begründet die Differentialdiagnose wesentlich auf die Schädeluntersuchung: Bei Gehirnhypertrophie erreicht der Kopf keinen so bedeutenden Umfang, wie beim chronischen Hydrocephalus; bei letzterem merkt man die Ausdehnung des Schädels am meisten in der Schläfengegend, bei ersterer in der Gegend der Augenbrauen. Bei Hypertrophie nähert der Kopf sich einem Quadrat in seiner Gestalt, bei Hydrocephalus ist er abgerundet; bei letzterem zeigt die Gegend der grossen Fontanelle eine gewisse Elasticität, die bei ersterer vermisst wird; dort findet man im Gegentheil oft eine Depression. Bei Hydrocephalus ist der Abstand der beiden Augen vergrössert, da die Flüssigkeit die Nähte zwischen dem Stirn- und dem Siebbeine auseinander drängt, was gleichfalls bei Hypertrophie des Gehirns fehlt.

Die Imbecillität kann ferner auch von einer zu grossen Kleinheit des Gehirns abhängen; hier kommen in Betracht einerseits unvollständige Entwicklung des Gehirns und andererseits Verlust von Nerven-elementen, die früher vorhanden waren. Bei der ersten Form findet man entweder einzelne Parteen schlecht entwickelt, wie die Occipitallappen, das corpus callosum etc., oder, was noch häufiger der Fall ist, eine allgemeine Kleinheit der Hemisphaeren; dabei pflegen die Sinnesnerven wohl entwickelt zu sein sowie die Basalganglien und Rückenmark ungefähr normalen Umfang zu haben. Ob die unvollkommene Entwicklung des Gehirns zu der vorzeitigen Verknöcherung der Nähte in ursächlichem Verhältnisse steht oder umgekehrt, lässt sich im einzelnen Falle nicht bestimmt entscheiden.

Von den durch eine Gehirnkrankheit entstandenen Gehirnatrophien verdienen besondere Beachtung die Atrophien einer Hemisphäre, die auf eine Entzündung des Gehirns oder der Meningen während des foetalen oder ersten kindlichen Lebens beruhen und mit einer Atrophie der entgegengesetzten Körperhälfte verbunden sind. Zwar muss diese Affection nicht nothwendig zu Imbecillität führen, doch ist dies meist der Fall. Bei der Section pflegt man in diesen Fällen eine Verdickung des Schädels, Trübung und Verdickung der Hirnhäute, Ansammlung von Serum im Subarachnoidalraume, zuweilen auch in den Ventrikeln und Atrophie einer Hemisphäre mit Einschluss des Corp. striatum. Thal. opt. und Pons derselben, Cerebellum und Rückenmark der anderen Seite zu finden.

Strausscheid.

129) W. J. Mickle (London): On insanity in relation to cardiac and aortic disease and phthisis. (Geisteskrankheit und Herz-Aorten-erkrankung.) (The Goulstonian lectures delivered befor the Royal College of Physicians of London, March 1888.)

(London, 1888 H. K. Lewis. 93 Seiten.)

Der rühmlichst bekannte Verf. legt in diesem kleinen Werkchen seine Erfahrungen nieder über den viel erörterten Zusammenhang zwischen Herzkrankheiten. Aortaerkrankungen und Phthisis einerseits und Geisteskrankheiten andererseits. Verf. geht die einzelnen Klappenfehler, Herzmuskelerkrankungen etc. durch, und erwähnt dabei die Fälle von Geisteskrankheit, die mit denselben verbunden waren. Naturgemäss lässt sich hierbei sehr häufig leider nicht genau angeben, ob die Psychose auf dem Boden der Herzerkrankung entstanden ist oder umgekehrt oder ob dieselbe nur zufällig coincidirten. Nicht selten beobachtete Verf., dass bei einer und derselben Herzkrankheit auch eine bestimmte Gruppe von geistigen Störungen also entweder depressiver oder exaltativer Natur vorwaltete. Von den Erkrankungen der Aorta erwähnt Verf. ausser den Klappenfehlern die Aneurysmen und die Atheromatose der Aorta und bespricht deren Zusammenhang mit den Geisteskrankheiten ausführlich, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass beide unter Umständen eine gemeinsame Ursache spec. Syphilis haben können. Nicht weniger wie 165 Fälle von Herz- oder Aortaerkrankung erwähnt und würdigt Verf. in dem Abschnitte des Werkchen, welcher diesem ersten Objecte gewidmet ist.

Mit der gleichen Sorgfalt wird vom Verf. der Zusammenhang von Phthisis mit den Psychosen auseinander gesetzt. Natürlich sind die Fälle in welchen Phthisis eine Geisteskrankheit hervorruft ziemlich selten im Vergleiche zu der sehr grossen Anzahl von Fällen, in denen die Phthise nur eine Complication derselben ist; so bringt denn Verf. auch nur 34 Fälle bei, in welchen er einen ursächlichen Zusammenhang glaubt annehmen zu müssen; in diesen Fällen variiren die geistigen Symptome ganz ausserordentlich; Manie, Melancholie, Dementia, Monomania, krankhafte Triebe und moral insanity wurden beobachtet, so dass also von einer specifischen phthisischen Psychose nicht die Rede sein kann. Endlich bespricht Verf. Fälle, wo Phthisis und Geisteskrankheit ziemlich gleichzeitig entstanden, oder erstere im Gefolge der letzteren auftrat und berichtet, wie die geistigen Symptome durch eine ausbrechende Phthise modificirt werden können.

Dies ist eine kurze Uebersicht über den reichen Inhalt des Werkchens, in dem Verf. weniger eine theoretische Abhandlung als einen klinischen Beitrag zum Studium der interessanten Frage liefert; derselbe wird jedem, der sich näher mit der Frage befassen will, unentbehrlich sein, darf aber auch sonst unseren Lesern bestans empfohlen werden.

Strauscheid.

130) **B. Ball** (Paris): De la paralysie générale d'origine traumatique (Irrenparalyse nach Traumen.) (*L'Encephale* 1888 Nro. 4.)

Fall 1) Kopfverletzung während einer Zugentgleisung, Fall gegen die Waggon-Wand, über dem Occiput 4. Ctm. lange Durchtrennung der Kopfhaut, Knochen unverletzt; Bewusstseinsverlust während 10 Minuten; von da an Unfähigkeit zu arbeiten während 2½ Monat, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Ohrensausen, Schwerhörigkeit. Bei Wiederaufnahme der Arbeit agitirtes Delirium für 2 Stunden, Unfähigkeit in den nächsten Monaten länger als 8 Tage zu arbeiten, Charakterveränderung, Reizbarkeit; ein Jahr nach dem Trauma totale Verwirrtheit, Projectenmacherei, Kaufsucht, Eifersuchtswahn, Grössenideen, schnelle Entwicklung classischer Paralyse. Section steht noch aus.

2) Ein 52 jähriger Mechaniker wird am 6. August 1887 von einem Blitz in Gestalt eines Feuerhalles getroffen, den er „zum Fenster hinaus wirft“. Bewusstseinsverlust, Erwachen nach einer Viertelstunde in furibunder Tobsucht, wenige Tage darauf heitere Verstimmung. Grössenideen, schwere Hypochondrie, Pupillendifferenz, Sprachhemmung. Die Anamnese ergab, dass schon ein Jahr vor dem Trauma Gedächtnisschwäche und leichter Schwachsinn bestand.

3) Tiefe, den Ulnaris verletzende Schnittwunde des Unterarms. Nach Heilung derselben Schmerzen im verletzten Arm, abnehmendes Gedächtniss, bald Unfähigkeit zu jeder Arbeit, zugleich rasch progressive Atrophie des Unterarms und der Handmuskeln, erst der Interossei, dann des Adduct. pollic. brev., des Unterarms, später auch des M. deltoideus. Langsame Zunahme der psychischen Erscheinungen, drei Jahr nach dem Trauma die ersten apoplectiformen Anfälle, mit nachfolgenden Wuthanfällen, Aufnahme in die Anstalt, wo alle somatischen Erscheinungen der Paralyse auftreten, psychisch jedoch nur Blödsinn, weder Delirien noch Erregungszustände. B. zählt den zweiten Fall zu der Kategorie, in der das Trauma die noch schlummernde Disposition zur Paralyse weckt und antreibt, während in den beiden anderen Fällen das Trauma die einzige Krankheitsursache darstelle. K.

131) **Warner und Beach** (London): A case of chronic meningitis, probably syphilitic, and causing progressive dementia. (Idiotie in Folge syphilitischer Meningitis.) (*Brain* 1888 Nro. 41.)

Ein siebenjähriges von einem epileptischen Grossvater und 'syphilitischem Vater abstammendes Kind, zeigt nach guter intellectueller Entwicklung im 7. Jahre Abnahme der Intelligenz, die schnell fortschreitet, so dass es ein Jahr später nur noch „Mama“ und „Dada“ sagte, und schliesslich nicht mehr stehen konnte. Es starb nach fortschreitender Erschöpfung mit 11 Jahren.

Section ergab beiderseits Dura-Hämatom, das an der Schädelbasis hinten 6 mm. dick war. Hirngewicht 940 Gramm. Die rechte Hemisphäre lässt das Kleinhirn zur Hälfte unbedeckt.

Die Verff. suchen die Ursache der Meningitis in hereditärer Syphilis. K.

132) A. Wollenberg (Nietleben): Ueber psychische Infection.

(Arch. f. Psych. XX. 1. p. 62.)

Die Arbeit enthält neben klinischer Darstellung eine reiche Casuistik (eigener und fremder Beobachtung) der vom Verfasser sogenannten „*psychischen Infection*“ d. i. eine Uebertragung krankhafter Geisteszustände von einer Person auf eine oder mehrere andere. Synonyme Bezeichnungen sind: Inducirtes Irresein, communicirter Wahnsinn, Simultanwahnsinn, psychische Contagion; und die französischen: Folie communiquée, Folie simultanée, Folie simulair, Folie à deux, à trois etc. — Bei den achten Fällen von Infection kann es sich um folgende Möglichkeiten handeln:

1. Es findet eine Uebertragung wirklicher Psychosen derselben Art statt. Beide Personen sind geisteskrank. Eigentliches „inducirtes Irresein“.

2. Ein Geisteskranker drängt seine Wahnideen einem Gesunden auf, vermöge moralischen oder sozialen Uebergewichtes, der dieselben indessen nur so lange acceptirt, als der schädliche Einfluss dauert und nachher rasch wieder gesund wird.

3. Anfang wie sub. 2, jedoch wird die inducirte Psychose trotz Entfernung des schädlichen Einflusses dauernd, nimmt aber einen andersartigen, selbstständigen Verlauf.

4. Gleichzeitige und gleichartige Erkrankung mehrerer Individuen in Folge gleicher Gelegenheitsursachen, zunächst unabhängig von einander; später aber ruft die gegenseitige Beeinflussung einen gleichartigen Weiterverlauf hervor. —

Ein inniges Zusammenleben der primär und secundär Erkrankten ist natürlich Bedingung, wesshalb auch in der Mehrzahl der Fälle Blutsverwandte und unter diesen wieder möglichst nahestehende erkranken. —

Von den verschiedenen Formen der Psychosen sind bei den neueren Autoren *paranoische Zustände* überwiegend, in früherer Zeit wurde öfters von Melancholien und Manien berichtet (wohl auf terminologischen Zufälligkeiten beruhend. Ref.) Die progressive Paralyse und überhaupt die „organischen“ Gehirnkrankheiten nehmen natürlich eine Ausnahmestellung ein. Ein Fall inducirter Epilepsie wird von Hitzig mitgetheilt. Anlangend das Lebensalter treffen die meisten Fälle „die Zeit der vollen Kraftentfaltung“ (25—50 Jahr), doch werden die Grenzen sowohl nach oben wie nach unten weit überschritten. — Die Prognose der inducirten Erkrankung richtet sich nach den Gesichtspunkten des speziellen Falles. Die „Therapie“ besteht natürlich hauptsächlich in der Prophylaxe. —

Die in die jeweilige klinische Erörterung eingeschobene *ausführliche Casuistik* enthält interessante Einzelheiten. Es werden aus der Literatur allein 103 verschiedene Abhandlungen angeführt. — Zum Schluss berichtet der Verf. einen selbst beobachteten classischen Fall einer „Folie à trois“. (Vater und zwei Töchter mit chronischer Verücktheit.)

Langreuter.

133) **Jensen** (Berlin): Untersuchungen über 453 nach Meynert's Methode getheilte und gewogene Gehirne von geisteskranken Ostpreussen. (Arch. f. Psych. XX. 1. p. 170.)

Unter Modificirung der Meynert'schen Methode wurde zunächst das Gesamthirn, wie es aus dem Schädel herausgenommen war, gewogen, dann in Mantel, Kleinhirn und Stamm zerlegt und einzeln und zusammen gewogen zunächst noch *mit* den Häuten um die Paralytikerhirne zu schonen. Demnächst wurden die Häute entfernt und weiter der Stirntheil abgetrennt. Es konnte jetzt das Gewicht der Einzeltheile festgestellt und aus dem Vergleich dieser addirten Summen mit dem ursprünglichen Gesamtgewicht die abgedossene Liquormenge bestimmt werden. Durch diese massenhaften Wägungen und fernere Messungen (Körperlänge etc.) wurde eine Unsumme von Zahlen gewonnen, aus denen Verf. Mittelwerthe feststellt, einmal der Gehirne überhaupt und ferner der einzelnen Theile im Vergleich zum individuellen Gehirngesamtgewicht. Einzelne frappirende Thatsachen lassen freilich das Bedenken aufkommen, ob die einzelnen Gruppen zahlreich genug waren, um die aus einigen wenigen zufälligen Maximal- und Minimalzahlen resultirenden Fehlerquellen genügend zu verwischen. Von den ausserordentlich umfangreichen Ergebnissen seien hier *nur die besonders wichtigen Resultate* wiedergegeben:

Bei der *Paralyse* handelt es sich um eine vom Stirnhirn ausgehende stetig fortschreitende Atrophie des Gesamtgehirnes incl. des Stammes, aber excl. des Kleinhirns. Sowohl das Mantel-promille wie das Stirnhirn-promille (im Vergleich zum Ganzen) fallen bereits im ersten Krankheitsjahr und von da aus stetig weiter. Nur die letztere Verhältnisszahl erhebt sich im fünften Krankheitsjahr etwas wieder auf Kosten der ersteren. Auch bei der *Melancholie* findet eine Atrophie des Hirnmantels statt, nur scheinen hier besonders die Hinterlappen zu participiren. Bei der *Manie* liegen die Verhältnisse mehr dem Normalen sich nähernd. Bei *Katatonie* lag das Mantelgewicht etwas unter, das Stirnhirngewicht etwas über dem Promille-mittel. Die *Hebephrenie* wies sehr günstige Verhältnisse auf. Bei *Paranoia*: Mantel unter, Stirnhirn über dem Mittel. *Terminalblödsinn*: Mantel mit Häuten über Mittel, Stirnhirn gerade das Mittel. *Greisenblödsinn* zeigte ähnliche Verhältnisse. Bei *Epilepsie* fanden sich günstige Verhältnisszahlen, bei *Idiotie* ungünstige Verhältnisse für das Stirnhirn. Erhebliche Abnahme des Gesamtgehirngewichtes wurde nur bei Paralytikern und Idioten constatirt. Betreffs des *Lebensalters* ist besonders die Thatsache bemerkenswerth, dass bei beiden Geschlechtern das Gehirn schon in den *30er Jahren* das höchste Gewicht erreicht. Bezüglich des Verhältnisses der Körperlänge und des Körpergewichts zur Gestaltung des Gesamtnervensystems ergaben sich keine auffallenden Resultate; nur über die Beziehung der Körperlänge zum Rückenmark ist das durch eine Curve illustrierte Ergebnis interessant: dass das Rückenmark beim Paralytiker schwerer ist als beim Nicht-paralytiker, was sich aus der verhältnissmässigen Schwere der die normalen Nervenzellen ersetzenden Körnchenzellen erklären könnte.

Nach Prozentverhältnissen innerhalb der einzelnen Krankheitsformen gerechnet lag der *Schwerpunkt* des Hirngewichts auf der *rechten Seite* (entgegen der Annahme des die grössere Arbeitsleistung repräsentierenden Uebergewichts der linken Hemisphäre). Langreuter.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

I. Verhandlungen des Vereins ostdeutscher Irrenärzte.

Sitzung zu Breslau am 28. November 1888. (Breslauer aerztliche Zeitschrift. 12. Januar 1889.)

134) Lissauer (Breslau): *Ein Fall von Seelenblindheit.*

Vortragender beginnt mit der Demonstration eines 80 jährigen Mannes, welcher in selten reiner Form das Symptom der Seelenblindheit darbietet. Der Kranke, welcher mit Ausnahme mehrfacher Schwindelanfälle und einer senilen Gedächtnisschwäche im wesentlichen intact war, acquirirte im August d. J. ganz acut diejenige Störung, welche ein wenig gebessert, noch jetzt vorliegt. Man wurde darauf aufmerksam, dass der Kranke beim Gehen leicht ansties und Gegenstände des täglichen Gebrauchs nicht wieder fand.

Als die ärztliche Beobachtung begann, wurde folgender Status festgestellt: Relativ rüstiger Mann, ohne aphatische und sonstige Lähmungserscheinungen. Rechtsseitige *complete absolute Hemianopsie*, nach Ausweis der perimetrisch gemessenen Gesichtsfelder ist für beide Augen das centrale Sehen erhalten. *Sehschärfe* — da Patient nicht lesen kann, mit Hilfe der Bochat'schen Tafeln festgestellt — *beträgt $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{5}$ der Norm.* Der Kranke ist ausser Stande, die verschiedensten Objecte, die man ihm vorzeigt, zu benennen und ihre Bedeutung zu erkennen. Es gelingt ihm dies aber mit Sicherheit, sobald man ihm die betreffenden Gegenstände zum Betasten in die Hand giebt, oder sie durch eine ihrer Eigenschaften (Glocke, Uhr etc.) auf sein Gehör wirken lässt. Der Kranke bezeichnet z. B. eine Uhr als einen Leuchter, erkennt sie aber alsbald, wenn er sie betastet. Dies Experiment lässt sich hundertfach variiren. Der Kranke ist ferner ausser Stande zu lesen, er kann jedoch fliessend schreiben. Interessant ist es, dass der Kranke die Contouren einfacher Objecte abzuzeichnen im Stande ist, ohne dass er sie dabei wiedererkennt.

Nachdem der Vortragende diese Erscheinungen berichtet und soweit als thunlich demonstriert hat, geht er zu theoretischen Erörterungen über.

Er definirt zunächst das klinische Symptom der Seelenblindheit dahin, dass ein Kranker, bei dem nachweislich Gesichtswahrnehmungen von einer gewissen Schärfe möglich sind, doch ausser Stande ist, mittelst des Gesichtssinnes Objecte der Aussenwelt wiederzuerkennen. In reinen Fällen muss das Wiedererkennen mittelst der übrigen Sinne ungestört sein. Der Vortragende weist nun nach, dass im vorliegenden

Falle die Function der subcorticalen Sehwerkzeuge, Sehschärfe etc., in der That vollauf genügt, um das Wiedererkennen zu ermöglichen; er weist ferner die Annahme einer besondern aphatischen Störung zurück und glaubt vielmehr innerhalb der psychologischen Vorgänge des Wiedererkennens eine krankhafte Lücke suchen zu müssen. Er zerlegt die letztgenannten Vorgänge in die bewusste Wahrnehmung und die sich daran anschliessenden Associationen. Störungen jedes dieser beiden Acte schreibt er die Fähigkeit zu, Seelenblindheit zu erzeugen, welche demnach in einer *apperceptiven* und in einer *associativen* Form vorkommen könnte. Im vorliegenden Falle neigt Vortragender dazu, eine associative Seelenblindheit anzunehmen, weil der Kranke durch sein Nachzeichnen beweist, dass er optische Eindrücke der Form nach bewusst wahrnimmt.

Vortragender lässt nun eine *anatomische* Erörterung folgen. Er entwirft ein einfaches Schema, wobei er in den Occipitallappen beider Hemisphären sowohl die bewusste Wahrnehmung optischer Eindrücke als auch ihre Reproduction in Form von Erinnerungsbildern zu Stande kommen lässt.

Seelenblindheit kann nach ihm erzeugt werden einmal durch eine gelindere Functionsstörung der Rinde des Sehcentrums (etwa als indirectes Herdsymptom) und ein zweites Mal durch Unterbrechung der aus dem Occipitallappen in die übrigen Hemisphärenabschnitte ausstrahlenden Associationsbahnen. Eine Unterbrechung in dieser Stelle also eine *transcorticale* — würde ungefähr das bedingen, was vorhin als *associative* Seelenblindheit gedeutet wurde, während eine *corticale* Störung mehr der *apperceptiven* Form der Seelenblindheit im obigen Sinne entsprechen würde. Die anatomische Möglichkeit einer einigermaßen isolirten Läsion der hier in Betracht kommenden transcorticalen Leitungsbahnen wird besonders monirt.

Schliesslich bespricht Vortragender die bisher von Andern — M u n k, M a u t h n e r, W i l b r a n d — aufgestellten Theorien über das Zustandekommen der Seelenblindheit. Er unterscheidet sich von diesen vor Allem durch die Ansicht, dass Seelenblindheit auf transcorticalem Wege entstehen könne. Die Ausführung der hier angedeuteten Gesichtspunkte ist einer weiteren Publikation vorbehalten.

An der an den Vortrag sich schliessenden Discussion theilnahmen sich die Herren Auerbach, Wernicke sowie der Vortragende.

135) Neisser (Leubus): *Differential-diagnostische Bemerkungen über das Symptom der Verbigeration.*

Die von Kahlbaum mit dem Namen der Verbigeration belegte eigenthümliche Form von Redesucht sei, wie durch einige Erwägungen dargelegt wird, in der That als eine symptomatische Sondererscheinung von pathologischer Dignität anzusehen. Deshalb sei es erforderlich, das Symptom in seinen verschiedenen Erscheinungsformen näher zu studiren. Zudem habe die richtige klinische Auffassung desselben auch einen praktischen Werth in sofern als sich mit demselben erfahrungsgemäss andere Symptomencomplexe, nämlich motorische Hemmungs-

stände zu vergesellschaften pflegen, deren Eintritt unter Umständen prognosticirt werden könne.

Die Frage nach der Existenz einer eventuellen selbstständigen Krankheitsform der Katatonie, werde hierbei nicht berührt; von jedem Standpunkte aus müsse es erwünscht sein, empirische Symptomencombinationen festzustellen.

Ueber das Wesen des der Verbigeration zu Grunde liegenden pathologischen Processes hat der Vortragende sich eine Ansicht nicht zu bilden vermocht; der Kahlbaum'sche Erklärungsversuch befriedige nicht.

In dem Bestreben deskriptiv die Auffassung und Abgrenzung des Symptomes der Verbigeration zu fördern, schildert der Vortragende eine Reihe von äusserlich ähnlichen Erscheinungen bei verschiedenen Krankheitszuständen, zum Theil unter Demonstration einschlägiger schriftlicher Productionen. Die differenzial-diagnostischen Erörterungen beziehen sich hauptsächlich auf krankhafte Auslassungen bei gewissen depressiven Formen von Seelenstörung, ferner bei der akuten hallucinatorischen Verworrenheit (Meynert-Conrad) sodann bei mannigfachen Schwachsinnzuständen und bei der progressiven Paralyse. Namentlich bei letzterer Krankheit kommen eine Reihe von ähnlichen Erscheinungen vor, welche nicht mit der echten Verbigeration verwechselt werden dürfen. Andererseits lasse sich nicht leugnen, dass bei Paralytikern auch echte Verbigeration beobachtet sei; indess dies seien seltene Fälle, welche auch anderweitige „katatonische Erscheinungen“ darbieten und welche daher auch ihrerseits zu der als Regel behaupteten Symptomencombination nicht in Widerspruch ständen. Im Uebrigen habe man ohnehin die Aufgabe bei jeder acuten Psychose in gewissen Altersstufen die progressive Paralyse in diagnostische Erwägung zu ziehen. Die Constatirung des Symptomes der Verbigeration an und für sich werde jedenfalls nicht geeignet sein, zu Gunsten der Diagnose auf Paralyse den Ausschlag zu geben.

Wegen der vorgerückten Zeit muss sich der Vortragende mit einer flüchtigen Skizzirung des Gegenstandes begnügen und behält sich eingehendere Erörterungen und kasuistische Beläge für eine demnächstige Publikation vor.

II. 36. Versammlung des ärztlichen Centralvereins am 27. Oktober 1888 in Olten (Schweiz).

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte Nro. 23. 1888.)

136) Prof. Forel (Zürich) hält einen Vortrag: *Die practische ärztliche Seite des Hypnotismus, mit Demonstrationen.*

Die Grundprincipien der Hypnose und Suggestion deutet Vortrag. folgendermassen an:

- 1) Hypnotismus und Suggestion sind gleichbedeutend.
- 2) Die Nancy'er Methode der Hypnose hat *allein* durchschlagende und gefahrlose Erfolge aufzuweisen.
- 3) Die suggestiven Wirkungen sind nichts anderes als idiosensible und idiomotorische Reflexe (Bernheim). Im hypnot. Zu-

stande ist unsere Seele dissociirt und plastisch, viel mehr wie im normalen Schlafe; das Gehirn ist in hohem Grade für Eingebungen empfänglich.

- 4) Suggestive Wirkungen treten autochthon bei jedem Menschen auf; dahin gehört z. B.:
 - a) das Gähnen durch sog. Ansteckung,
 - b) der bei vielen Menschen regelmässig um die gleiche Zeit sich einstellende Schlaf;
 - c) das Erröthen bei Worten, Ausdrücken, welche das Schamgefühl verletzen;
 - d) die Erscheinung, dass Schmerz, z. B. Zahnweh durch psychische Eindrücke ganz plötzlich verschwinden kann;
 - e) der Einfluss psych. Affekte auf den Appetit.
- 5) Die Suggestibilität des Menschen ist eine unbeachtet gebliebene Eigenschaft unserer Gehirn- resp. Seelenthätigkeit.
- 6) Die Suggestion bewirkt einen erhöhten Einfluss des Gehirns auf die periphere Nerventhätigkeit.

Hinsichtlich der *Methodik* bemerkt Vortrag.:

- 1) Es bedarf einer gewissen Vorbereitung und Beruhigung des zu Hypnotisirenden.
- 2) Der Patient muss auf einen Lehnstuhl oder in ein Bett gebracht werden.
- 3) Es muss ihm die Ueberzeugung beigebracht werden, dass man ihn einschläfern kann. Der Hypnotiseur muss Selbstvertrauen, ja Frömmigkeit besitzen.
- 4) Verschiedene äussere Umstände befördern den Eintritt des hypnot. Schlafes: Senken der Augenlider, Abwärtsrichten des Blickes, eintönige Sprache des Hypnotiseurs u. s. w.
- 5) Verschiedene Kniffe sind nothwendig, um den hypnot. Zustand zu erzielen. Das Individuum wird durch gewisse Behauptungen geradezu überrumpelt. War das Individuum wirklich hypnotisirt, dann besteht vollständige Amnesie, bei Simulation natürlich nicht.

Nach erreichtem Zustande der wirklichen Hypnose mit ihrer Amnesie wird das Gehirn plastisch, für Eingebungen empfänglich, und man kann eine ganze Reihe vom Symptomen suggeriren a. A.:

- 1) Catalepsie oder lähmungsartige Zustände, Störungen in der motor. Sphäre.
- 2) Alterationen der Sensibilität, Anästhesie, Hyperästhesie, Gefühls- und Hallucinationen.
- 3) Sensorielle Störungen, z. B. Blindheit.
- 4) Hunger und Durstgefühl.
- 5) Verschiedene Secretionsvorgänge, Urindrang, Stuhlgang.
- 6) Abnorme Empfindungen wie Ekel, Brechreiz.
- 7) Zahlreiche Reflexthätigkeiten, Gähnen, Niessen.
- 8) Vasomotorische Erscheinungen, Hautröthe, ja selbst Blutungen, Nasenbluten.

- 9) Affekte, Heiterkeit, Traurigkeit u. s. w.
10) Endlich ist eine Beeinflussung des gesamten Denkens, eine totale Veränderung der Person zu erzielen.

Das Erwachen aus dem hypnot. Zustande ist ebenfalls ein suggestiver Vorgang. Interessant sind ferner die *posthypnotischen* Wirkungen, die nach dem Erwachen andauern, weil die Plasticität des Gehirnes noch eine Zeit lang andauert. Diese Eigenschaft der suggerirten Idee kann zu rascher Wiedererzeugung des hypnot. Zustandes verwerthet werden. Auch wirft sie ein neues Licht auf Wirkung und Wirksamkeit der sog. *Amuletten*. Die Aerzte haben sich vor *Auto-suggestion* zu hüten, auf welcher wohl eine grosse Reihe von Selbsttäuschungen, ja manche sog. Erfahrungen der alten Beobachter beruhen. Ebenso hüte man sich vor unabsichtlicher *Dessuggestionirung*. Es ist daher zweckmässig, wenn die Suggestion zu Heilzwecken verwendet wird, dass nicht gleichzeitig mehrere Personen auf dasselbe Individuum einwirken.

Therapeutisch ist zu beachten, dass die Suggestion bei schweren anatomischen Läsionen nichts helfen kann. Erfolge hat sie aufzuweisen:

- 1) bei spontanem Somnambulismus,
- 2) bei Schlaflosigkeit,
- 3) bei Schmerzen aller Art; Kopfschmerzen, (Migräne), Neuralgien (Ischias), Zahnschmerzen u. s. w.,
- 4) bei functionellen Lähmungen und Contracturen,
- 5) bei Alcoholismus und Morphinismus,
- 6) bei Rheumatismus,
- 7) bei Appetitlosigkeit,
- 8) bei Stuhlverstopfung und Diarrhoe,
- 9) bei Erzielung chronischer Anästhesie,
- 10) bei Menstruationsstörungen,
- 11) bei Chlorose,
- 12) bei Stottern, nervöser Sehstörung,
- 13) bei neurasthenischen Beschwerden,
- 14) bei Ueblichkeit, Seekrankheit,
- 15) bei Enuresis nocturna,
- 16) bei nervösen Hustanfällen,
- 17) bei hysterischen Störungen.

Goldstein.

III. American Ophthalmological Society.

24. Jahresversammlung in New-London, Sitzung vom 18. u. 19. Juli 1888. (The Medic. Record 4. August 1888).

- 137) William Oliver Moore (New-York): *Hysterical blindness in the male. (Hysterische Blindheit bei Männern.)* Bericht über die Erkrankung dreier Männer im Alter von 15, 20, und 25 Jahren, deren angebliche Blindheit durch psychische Behandlung und Electricität in wenigen Tagen geheilt wurde.

Voigt.

IV. Academy of Medicine zu New-York.

Sitzung vom 5. April 1888.

138) Seguin und R. F. Weir: *Beitrag zur Diagnose und Chirurgie der Hirntumoren.*

Die ersten Symptome traten nach Malaria auf und bestanden in Kopfschmerz und episodischen Zuckungen der rechten Wange und des Halses rechts, später epileptische Anfälle mit Bewusstlosigkeit, denen als Aura Zuckungen im rechten Arm und Gesichte vorausgingen. Schwäche und Taubheitsgefühl daselbst. Die Operation rechtfertigte die Diagnose auf einen Tumor in der linken motorischen Zone, im Rindengebiet des Facialis. Nach der Entfernung des anscheinend subcortical gelegenen Tumors von etwa Taubeneigrösse anfangs complete Hemiplegie und Aphasie, dann der frühere Zustand, aber keine Anfälle und keine Tendenz zu Verschlimmerung. Seguin hält dafür, dass der Tumor nicht rein subcortical war, und die benachbarte Rinde mit ergriffen habe.

Matusch.

Sitzung vom 16. October 1888. (The Medic. Rec. 3. November 1888.)

139) Laudon Carter Gray (New-York): *Neurasthenia, its differentiation and its treatment.*

Gray unterscheidet 3 Formen der Neurasthenie, die reflectorische (in Folge von lasterhaften Gewohnheiten und Reflexen von nicht nervösen Organen aus), die lithämische und die einfache (wahre Nervenschwäche). Von ihr sei zu trennen 1. die krankhafte Furcht vor Erkrankungen, da dieselbe zu den Geisteskrankheiten gehöre oder oft mit solchen verbunden vorkomme; 2. die Melancholie, namentlich in ihren milden Formen; 3. die ersten Stadien milder chronischer Formen von Geisteskrankheit; 4. die von Hughes Bennett beschriebene musculäre Hypertonicität, bei welcher es sich um Schwäche und gesteigerte Reflexe in den Beinen handle. Die Behandlung der reflect. und lithäm. Form müsse eine causale sein, während für die reine echte Neurasthenie die Weir-Mitchell'sche Masteur passe; auch nütze hier viel Galvanisation, sowie reichlicher Eisen- und Malz-Gebrauch.

Voigt

V. Tagesgeschichte.

Die Jahressitzung des „Vereins der deutschen Irrenärzte“ findet am 12 und 13. Juni in Jena statt.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrestrasse 28)

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkranken daselbst.

12. Jahrg.

15. März 1889.

Nr. 6.

Inhalt.

- I. Originalien.** I. Ueber Berl-berl. Von Dr. Jellgerama in Meerenberg.
II. Eine einfache Methode der Härtung und Conservirung des Gehirns zu Demonstrationzwecken. Von Prof. Dr. Ottomar Rosenbach, in Breslau.
- II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.**
3. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. S. Pirogow
Von Dr. Hinz in Petersburg. (Schluss.)
Noischewski: Der Electrophthalmocyclop.
Buch: Neues Baralgesiometer.
Oscerezkowski: Zur Pathologie der Harncontinens.
Tschisch: Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Centralnervensystems von Hunden nach Vergiftung mit Aethylalkohol und Fuselöl.
Tomaschewski: Ueber die Lokalisation der corticalen Sinnescentren.
Rosenbach: Ueber Neurasthenie.
Zeleriski: Ueber die physiologische Aufgabe der Occipitalwindungen.
- III. Referate und Kritiken.** Brown: Localisation der höhern Sinne in der Hirnrinde des Affen. Jones: Entzündliche und gewisse andere Veränderungen der kleinen Piagetasse. Wilson: Aphasie im 2. Stadium der Syphilis. Iwanow: Acute aufsteigende Spinalparalyse. Chavier et Fevrier: Spinale Symptome nach Gonorrhoe. Putnam: Bleivergiftung und Ataxie. Schmidtborn: Asthma nervosum. Roe: Nasen-Kopfschmerz. Schädle: Nasenasthma. Denslow: Reflexneurosen (Urethra). Hine: Crampus und verwandte Affectionen. Thyssen, Eulenburg: Morbus Basedow. Howe: Tic douloureux seit 17 Jahren, Behandlung durch Neurectomie. Gilles de la Tourette: Die Behandlung der Tabes und anderer Erkrankungen des Nervensystems durch die Suspension. Chitty: Die Behandlung des Pruritus. Lange: Ueber Gemüthsbewegungen. Tronoff: Ueber Epilepsie. Féré: Gähnen bei einem Epileptiker. Kinnier: Epilepsie und Geistesstörung. Savage: Psychosen nach syphilitischer Arterien-Erkrankung. de Craene: Paralyse nach Syphilis, anhaltende totale Remission. Bullen: Paralyse nach Tabes. Montyel: Nelaton'sche Fussgeschwüre bei Paralyse. Venturi: Neue Beobachtungen über transitorische Psychosen.
- IV. Aus den Academien und Vereinen.**
1. Académie de Médecine zu Paris.
Guérin: Natur und Ursprung des Tetanus. Desnos: Fall von rapide sich entwickelnder Muskelatrophie der 4 Extremitäten in der Schwangerschaft.
2. Société de Biologie zu Paris.
Richet et Langlois: Einfluss des Chloralhydrates auf die Widerstandskraft der respiratorischen Centren. Féré: Einfluss epileptischer Anfälle auf die Ausscheidung medicamentöser Substanzen. Féré et Vignes: Astigmatismus bei Epileptikern. Frank: Vasomotorischer Effect von Reizungen der Nasenschleimhaut. Gley: Reflexotorische Speichelsecretion.
3. Société médicale des Hopitaux zu Paris.
Féréol: Enteroptose und Neurasthenie. Joffroy: Tabes und Morbus Basedowii. Debove: Gastrische Krisen ohne Existenz von Hinterstrangscleiose.
4. Société de médecine zu Paris.
Rougon: Tabes „syphilitischen Ursprungs“. Tissier: Ataxie nach Syphilis.
- V. Tagesgeschichte.** 1. Congress der italienischen Irrenärzte. 2. Internationaler psychiatrischer Congress zu Paris.

I. Originalien.

I.

Ueber Beri-beri.

Von Dr. JELGERSMA in Meerenberg

dargestellt nach „Onderzoek naar den aard en de oorzaak der Beri-beri en de middelen om die siekte te bestryden. ingesteld op last der regering door prof. Dr. C. A. Pekelharing en Dr. C. Winkler. (Schluss.)

Die mikroskopische Untersuchung der peripheren Nerven gab in allen Fällen eine Neuritis.

Neben einer grösseren oder kleineren Anzahl normaler Fasern findet man in kleineren Nervenstämmchen Fasern, in denen das Nervenmark klumpig degenerirt ist. Diese klumpige Degeneration ist am stärksten bei den interannulären Kernen: bei den Ranvier'schen Schürringen fehlte das Mark oft gänzlich, bisweilen fanden sich oft 2—3 interannuläre Kerne. Dies war das erste Stadium der Degeneration; es fand sich weniger in den Nerven der unteren Extremitäten, als in den Nervi phrenici oder den Nervi laryngei, in Nerven also, welche eine lebenswichtige Bedeutung haben. Hier kann offenbar die Degeneration nicht so weit gedeihen ohne zu lebensgefährlichen Störungen Anlass zu geben.

In den unteren Extremitäten findet man oft ein weiteres Stadium der Degeneration: Die Markscheide ist fast ganz verschwunden; hier und da findet man ein Paar durch Osmiumsäure sich schwärzende oder bräunliche rundliche Klumpen, in einer schaumigen durch Carmin sich rosa färbenden Masse gelegen. Die Nervenfasern sind hier spindelförmig aufgetrieben. Der Axencylinder ist schwer zu erkennen, zeigt aber oft noch eine fibrilläre Structur. Die interannulären Kerne sind vermehrt.

Neben diesen oft sehr zahlreichen Degenerationsbildern findet man fast immer die Zeichen einer Regeneration der Nervenfasern. Diese Regeneration ist gewöhnlich am stärksten an mehr central gelegenen Stellen der Nerven ausgebildet. Hier findet man eine sehr grosse Zahl sehr feiner Fasern; man sieht z. B. eine dicke Nervenfaser, mit klumpiger Degeneration der Markscheide, hieran schliesst sich gewöhnlich zwischen zwei Ranvier'schen Schürringen ein sehr dünner Fasertheil mit kaum nachweisbarer Markscheide an; die interannulären Kerne sind vermehrt. Die Autoren fassen diese Gebilde als regenerirende Nervenfasern auf.

In den degenerirten Fasern fanden sich ferner Körnchenzellen und Mastzellen.

Auf Querschnitten von in Bichromas ammoniaci gehärteten und mit Carmin gefärbten Nervenfasern fand man die Blutgefässe nur wenig verändert, sie können eben sowie das interstitielle Gewebe verdickt sein, die Zunahme der Kerne beruht aber hauptsächlich auf Vermehrung

der interannulären Kerne. Bisweilen fanden sich statt eines Blutgefäßes die von Rosenheim bei multipler Neuritis beschriebenen concentrischen Körperchen. Die Carmin- und die Weigert'sche Färbungen bestätigten die mit Osmiumsäure gewonnenen Resultate.

Nach dem Centrum hin wurde die Degeneration immer weniger intensiv, die hinteren und vorderen Wurzeln wurden bis auf eine Ausnahme immer gesund gefunden.

Motorische und sensible Nerven sind in gleicher Weise betheiligt.

Wichtig sind noch die Resultate bei der Untersuchung des Nervus vagus. Degeneration konnte sogar in den feinen intracardialen Nerven, nachgewiesen werden, welche aus dem Sulcus coronarius ihren Ursprung nehmen, man fand hier schaumige Degeneration der Markscheide. Ueber die marklosen Nervenfasern haben P. und W. kein definitives Urtheil. Auch im Stamm und in den Verzweigungen des Nervus vagus konnte Degeneration nachgewiesen werden. Sehr leicht war dies in den dicken markhaltigen Fasern der Nervi laryngei, schwerer in den Nervi cardiaci des Vagus, wo die feinen Fasern so sehr überwiegen. Auch im Stamm des Vagus wurde wiederholt ein pathologisches Quantum feiner Fasern nachgewiesen. Mit Recht weisen übrigens die Verfasser darauf hin, wie schwer es oft ist in diesen Nerven wegen ihres grossen Gehalts an feinen Fasern, die Degeneration mit Sicherheit nachzuweisen. Auch die Muskeln bieten sehr verschiedene Degenerationsstufen; man findet albuminöse Trübung, die Querstreifung kann theilweise oder ganz verloren gegangen sein, oft ist die Muskelfaser geschwollen, die Kerne sind vermehrt, das intra-muskuläre Bindegewebe ist oft nicht verändert, oder es besteht eine einfache Atrophie mit Erhaltung der Querstreifung und Vermehrung der Kerne.

P. und W. fanden im Blut von Beri-beri-Kranken constant Bacillen und Mikrococcen. Sie fanden diese oft auch, wenn nur sehr unbedeutende Symptome der Krankheit da waren, die Person sich z. B. gar nicht krank fühlte. Sie fanden diese Mikrococcen fast constant bei Personen in Atjeh, wo die Krankheit sehr allgemein war, nicht dagegen wenn die Person aus gesunden Gegenden kam. In Atjeh ist die Krankheit endemisch, im übrigen Indien dagegen oft an bestimmte Gebäude oder Einrichtungen gebunden.

Blut von Beri-beri-Kranken auf einen Nährboden gebracht entwickelte Culturen von Mikrococcen, und es glückte mit diesen Coccen Kaninchen zu inficiren. Dabei mussten jedoch besondere Umstände in Acht genommen werden. Es zeigte sich bald, dass eine einzelne Impfung mit Coccen haltender Flüssigkeit nicht genügt die Erscheinungen der Nervendegeneration zu erzeugen. Diese zeigten sich aber wohl, wenn man wiederholte Einspritzungen mit jener Flüssigkeit machte. P. und W. glauben, dass dieser Umstand in der Natur der Beri-beri seine Ursache finde. Beri-beri ist nämlich keine Infektionskrankheit wie Pocken oder Scharlach ist, wo ein einmaliger Contact mit dem Virus genügt die Krankheit zu erzeugen, und die, einmal vorhanden, ihren gewöhnlichen Verlauf nimmt. Im Gegentheil scheint bei Beri-beri ein fortwährender Contact nöthig zu sein, und selbst wenn die

Krankheit sich einmal voll entwickelt hat, genügt sehr oft ein Verbleiben in Gegenden wo Beri-beri nicht herrscht, um die Krankheit zur Genesung zu bringen. Es scheint als ob fortwährend eine neue Infection platzfinden muss. In Uebereinstimmung hiermit mussten, um bei Kaninchen deutliche Nervendegeneration in den Hinterbeinen hervorzurufen, mehrere, oft 20 bis 30 Einspritzungen mit Coccenhaltiger Flüssigkeit gemacht werden.

P. und W. fanden nicht eine einzige Bacterien-Art als Ursache der Beri-beri, glauben jedoch, dass die Stäbchen und Coccen vielleicht Entwicklungsformen einer einzigen Species sind, können dies aber, ungeachtet der vielen Mühe welche sie auf die Lösung dieser Frage verwandten, nicht bestimmt feststellen.

Aus einer Kaserne in der Beri-beri herrschte, wurde Luft durch eine physiologische Chlornatrium-Lösung geleitet. Diese Chlornatrium-Lösung wurde Kaninchen eingespritzt, worauf Nervendegeneration sich entwickelte. Aus dem Blute dieser Kaninchen konnten Mikroccen cultivirt werden, welche wiederum Beri-beri verursachten.

Was die Therapie anbelangt so kommt in erster Linie die Entfernung aus Gegenden, wo Beri-beri endemisch herrscht, in Betracht.

Von grosser Wichtigkeit ist die Verhütung der Krankheit. In Gegenden wo Beri-beri nicht endemisch ist, sondern an bestimmte Gebäude etc. gebunden ist, erwarten P. und W. gute Resultate von gründlicher Desinfection, und die seit ihrer Untersuchungen gründlich durchgeführte Desinfection scheint wirklich schon gute Resultate aufzuweisen. Schwieriger ist die Sache in Gegenden wo Beri-beri endemisch ist wie z. B. in Atjeh. Hier ist wahrscheinlich der Boden infectirt und hier ist Desinfection natürlich unmöglich. Doch glauben die Autoren, dass diese auch hier noch für Krankenhäuser etc. von Nutzen sein kann.

II.

Eine einfache Methode der Härtung und Conservirung des Gehirns zu Demonstrationszwecken.

Von Professor Dr. OTTOMAR ROSENBACH.

Primararzt der med. Abtheilung des Hospitals zu Allerheiligen in Breslau.

Das gleich zu schildernde Verfahren, welches sehr leicht auszuführen ist, eignet sich besonders zur Darstellung der äusseren Formverhältnisse des Gehirns, weniger zur Demonstration der Farbenverschiedenheiten der grauen und weissen Substanz im Innern der Windungen und der Ganglien*); besonders schön präsentiren sich die Windungen in ihrem ganzen Verlaufe, da die Theile fast gar nicht schrumpfen und eine auffallende Biegsamkeit, die in vielen Fällen fast kautschukähnlich genannt werden kann, behalten. Es lassen sich an

*) Die Farbdifferenzen treten zwar gleich nach dem Anlegen der Schnitte deutlich hervor, verringern sich aber von Tag zu Tage und verwischen sich endlich fast ganz.

den nach unserer Methode behandelten Gehirnen auch sehr instructive Total-Schnitte von ziemlicher Dünne anfertigen, die die Lage der einzelnen Partien gut zum Ausdruck bringen; an besonders sorgfältig gehärteten Organen ist auch die Färbung zu mikroskopischen Zwecken möglich, an allen aber eine makroskopische, sehr dauerhafte Färbung der Windungen mit Anilinfarben, z. B. mit alkoholischem Fuchsin oder Methylenblau.

Das Verfahren ist folgendes: Man legt das möglichst frische Organ mit der Pia in 8—10% wässrige, etwas Alkohol enthaltende, Carbonsäurelösung, nachdem man einzelne Einschnitte in die Pia, die das Eindringen der Härtingsflüssigkeit befördern sollen, gemacht hat. Das Gehirn muss auf einer Lage Watte oder Filtrirpapier aufruhcn, und zwischen die Hemisphären, zwischen Klein- und Grosshirn, in die Fossa Sylvii etc. müssen Wattebäusche gelegt werden, um die Bcsplung durch die Lösung zu einer möglichst ergiebigen zu machen. Gleich nach dem Einlegen wird das Gehirn an der Oberfläche weisslich verfärbt, als Zeichen der Eiweissgerinnung durch die Carbonsäure, die Pia runzelt sich etwas und ist leicht abzulösen; doch ist es vorthcilhast mit dem Ablösen derselben einen oder zwei Tage zu warten, um eine Verletzung der Windungsoberfläche, die oft den genügenden Härtingsgrad noch nicht erreicht hat, zu vermeiden. Das Ablösen der Pia geschieht am besten mit 2 Pincetten, da die Säureconcentration eine beträchtliche ist und die Haut der Finger schädigt, die Pia folgt dem Zuge der Pincetten leicht und kann in grossen Fetzen ohne Substanzverlust der Windungen entfernt werden. Wartet man mit dem Ablösen zu lange, so wird die Härtung eine zu beträchtliche, die Ablösung ist viel schwieriger und die Oberfläche der Windungen wird plattgedrückt und beschädigt. Nach 3—5 Tagen ist ein Gehirn, das beim Einlegen nicht zu weich war, völlig gehärtet, es kann trocken aufbewahrt werden, was aber nicht zu empfehlen ist, da durch Wasserverdunstung eine Verkleinerung eintritt, — oder es kann — was bei weitem vorthcilhafter ist, in 3—5% alkoholische Carbollösung übertragen werden, in der es sich unbeschränkte Zeit zu halten scheint; wir besitzen Gehirne, die vor einem Jahre präparirt, sich in Gestalt und Geschmeidigkeit völlig zufriedenstellend erhalten haben.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

3. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. S. Pirogow.

Sitzung am 8/20. Januar 1889.

Von Dr. H i n z e in St. Petersburg.

(Schluss).

Section für Neurologie.

Ehrenpräsident: Privatdocent J. S. Korssakew (Moskau).

140) Noischewski (Dünaberg): *Der Electrophthalmocyclop.* Apparat zur Perception von Lichterscheinungen durch den Temperatursinn und Ortssinn. Letzterer sei unstreitbar der wichtigste Sinn zur Erkennung

der Dinge in der Aussenwelt, das Sehen sei nur eine Tastempfindung sui generis der von entfernten Gegenständen ausgesandten Lichtstrahlen. Gleichwie bei herabgesetzter tactiler Empfindlichkeit die Zirkelspitzen des Aesthesiometers auseinander gerückt werden müssen, so muss bei herabgesetztem Sehvermögen der Gesichtswinkel vergrössert werden und wie nach der Theorie der Krafteinheit die Wärme in Electricität u. a. übergeführt werden kann, so kann das von einem Sinne Percipirte in die äquivalente Qualität eines andern Sinnes übergeführt werden. Der vom Redner construirte Apparat soll den Blinden die Möglichkeit geben, die Licht- in Tastbilder überzuführen, sie von dem Auftauchen eines leuchtenden Gegenstandes benachrichtigen und ihnen es ermöglichen, die vom leuchtenden Gegenstande eingeschlagene Richtung und dessen Näher- oder Weiterrücken zu erkennen.

Das Princip des Apparats besteht darin, dass die in denselben fallenden Lichtstrahlen in thermoelectrische Ströme umgesetzt werden. Der Electrophthalm-Cyclop stellt eine camera obscura vor, dessen hintere Wand aus 3 Schichten besteht, die erste wird von einem feinem, in einer metallnen Einfassung befestigten metallnen Netze gebildet, (der electriche Strom wird durch die Fassung gleichmässig über das ganze Netz vertheilt), die zweite besteht aus einer dünnen, dem Netze dicht anliegenden Selenplatte, die dritte aus einer bürstenartigen Anordnung von Goldstäbchen, welche der Selenplatte dicht anliegen, jedes Stäbchen besteht aus einem äusserst feinen isolirten Golddraht, welcher auf ein ebenso kleines, gleichfalls isolirtes Goldstäbchen aufgewickelt ist, der Draht ist mit dem Stäbchen an der, der Haut zugewendeten Seite verlöthet; diese Oberfläche muss für jedes einzelne Individuum nach einem vorläufig abgenommenen Gypsabguss geformt werden. Der Apparat wird an der Glabella befestigt, als an einer Körperstelle, welche nach der Ansicht vieler Physiologen einen besonders entwickelten Temperatur- und Ortssinn zeigt. Redner zieht aus seinen Versuchen mit dem Apparate folgende Schlüsse: 1) Die Anwesenheit eines leuchtenden oder beleuchteten Gegenstandes wird als warme Empfindung im Perceptionsfelde angeführt. 2) Ein heller Gegenstand auf dunklem Grunde wird als periphere Wärmeempfindung und als im Centrum fehlend percipirt. 3) Die Ausdehnung der Wärmeempfindung wächst mit der Annäherung des leuchtenden Gegenstandes und 4) umgekehrt. 5) Vergrösserung der wärmeempfindenden Fläche von der Peripherie zum Centrum tritt bei Entfernung des leuchtenden Gegenstandes ein und 6) umgekehrt. 7) Eine Bewegung der Wärmeempfindung nach rechts zeigt an, dass der helle Gegenstand nach links gerückt ist und umgekehrt. 8) Bewegt sich die wärmeempfindende Fläche nach unten, so zeigt die sein Heraufrücken des leuchtenden Gegenstandes an und umgekehrt.

Die Discussion berührte einige Details (400 Drähte) und der Vorsitzende machte schliesslich auf die hohe theoretische Bedeutung dieses Apparats hin, da es einige einschlägige klinische Beobachtungen (z. B. Prof. Mierszejewski's) gibt, welche die Möglichkeit des Ersatzes eines Sinnes durch einen andern darthun.

141) **Buch** (Helsingfors): *Neues Baralgesiometer.*

Die beiden früher bekannt gewordenen Apparate (Björnström und Buch) beruhen nur auf der Stärke des von ihnen ausgeübten Druckes, berücksichtigen aber nicht dessen Dauer; es kann ein leichter, aber lange anhaltender Druck auch Schmerz erzeugen und hat deshalb Redner eine Vorrichtung construirt, bei welcher der Druck nicht verstärkt, sondern die Dauer seiner Wirkung vom Erscheinen des Schmerzes an gemessen wird.

Bei der Discussion wurde auf die Unzuträglichkeit des gemeinsamen Auftretens der Druck- und Schmerzempfindung hingewiesen, worauf Redner erwiderte, dass der Apparat hauptsächlich den Moment des Schmerzeintrittes bestimmen soll. Für die Physiologen kann der Apparat zur Entscheidung der Frage dienen, ob es verschiedene Organe zur Perception der Schmerzempfindung oder nur ein einziges gebe, einerlei ob der Schmerz durch Druck, Wärme u. a. hervorgerufen wurde.

142) **Osczekowski** (Moskau): *Zur Pathologie der Harnincontinenz.*

Thesen: 1) Es gibt eine Gruppe von Fällen der Incontinentia urinae, welche von Anästhesie im Bereiche des Urogenitalsystems begleitet werden. 2) Diese Empfindungslosigkeit beschränkt sich bisweilen auf die Schleimhaut der Harnröhre, vielleicht auch auf die der Blase, häufiger aber verbreitet sie sich auf der Haut der Urogenitalorgane und deren Nachbarschaft. 3) In seltenen Fällen kommt Anästhesie des halben oder des ganzen Körpers vor. 4) Die Incontinenz ist unabhängig von den genannten Sensibilitätsstörungen. 5) Diese Gruppe könnte man mit einigem Rechte als Symptom der Hysterie auffassen. 6) Die oben angeführte Anästhesie kann als richtiges Unterscheidungsmittel der simulirten Incontinenz von der wahren dienen.

143) **W. F. Tschish** (St. Petersburg): *Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Centralnervensystems von Hunden nach Vergiftung mit Aethylalkohol und Fuselöl.*

Thesen: 1) Die toxische Dose des Fuselöls ist bei Hunden 6—8 Mal geringer als die des Aethylalkohols. 2) Acute Vergiftung mit beiden Stoffen setzt keine pathologischen Veränderungen im Centralnervensystem. 3) Bei länger dauernder Vergiftung mit diesen Giften treten bestimmte Veränderungen an den Gefässen und dem Nervengewebe auf. 4) Punktförmige Hämorrhagien in letzteres stellen die constanteste Veränderung bei dieser Vergiftung dar. 5) Vacuolenbildung in den Nervenzellen ist ein sicheres Anzeichen ihrer Erkrankung, kann aber nur durch gewisse Härtungsmethoden nachgewiesen werden. 6) Die beste Färbungsmethode des Rückenmarks für das Studium der Veränderungen seiner Elemente ist die nach G a u l e.

In der *Discussion* wurden zwei wichtige Einwürfe erhoben, man könne nicht ohne weiteres die an Thieren genommenen Resultate auf den Menschen übertragen und muss man auch die peripheren Nerven, welche ja bei toxischen Lähmungen äusserst häufig ergriffen werden, untersuchen; ferner (Dr. W. A. Afanassjew) wunderte man sich,

dass der Vortragende die Fettinfiltration der Adventitiazellen und die fettige Degeneration der Nervenzellen nicht gesehen habe, welche bei der Vergiftung mit Amylalkohol sehr häufig vorkommen.

Tschisch versprach in der Fortsetzung seiner Arbeit die Osmiumsäurebehandlung der Präparate, bei welcher die oben erwähnten Veränderungen sichtbar werden, anzuwenden.

144) B. W. Tomaschewski (St. Petersburg): *Ueber die Lokalisation der corticalen Sinnescentren.*

Die durch Experimente nachgewiesene Localisation der Sinnescentren wird durch die klinische Beobachtung bestätigt. Am beweissendsten seien zwei Fälle, in welchen nach peripherer Zerstörung des Auges und des Obres sich secundäre Veränderungen mit endlicher Atrophie im ganzen centralen nervösen Apparate der betreffenden Funktionen und der Gehirnrinde einstellen; hierher gehören die Fälle von Huguenin, Kowalewski, Giovanardi und der vom Vortragenden beobachtete Fall. Es betraf einen Knaben, welcher in seinem zweiten Lebensjahre in Folge einer acuten cerebrospinalen Meningitis taub und blind geworden war und im 9. Lebensjahre starb. Die Section ergab beiderseitige Atrophie der Occipitallappen und der ersten Schläfenwindungen, linkerseits aber mehr ausgesprochen, die Atrophie wiegt in den 2. und 3. Occipitalwindungen und dem Cuneus vor und hat auch den hintern Abschnitt der Gyri angulares mit ergriffen. Das Vorwiegen der Atrophie auf der linken, 100 G. weniger wiegenden Hemisphäre erklärt Tsch. aus ihrem funktionellen Uebergewichte über die rechte, weil sie die, in so engem Zusammenhange mit Sehen und Hören stehenden Organe der Sprache enthalte, welche auch bei diesem Kranke fehlte, was begreiflicherweise nicht ohne Einfluss auf die anatomischen Apparate bleiben konnte.

145) P. J. Rosenbach (St. Petersburg): *Ueber Neurasthenie.*

Thesen: 1) Unter der Bezeichnung Neurasthenie werden verschiedene Krankheitsbilder subsummirt, welche in praktischer Beziehung durch bestimmte Benennung von einander geschieden werden müssten. 2) In der allgemeinen Gruppe der Neurasthenie sind einige Symptomencomplexe vorhanden, in welchen die psychische Sphäre in dem Maasse ergriffen ist, dass sie die Zurechnungsfähigkeit des Subjectes beeinflussen können. 3) Einige Formen der Neurasthenie machen die Kranken in dem Grade unfähig, den Kampf um's Dasein zu führen und regelrechte Arbeit zu leisten, dass sie hinsichtlich der Pensionsberechtigung auf gleicher Stufe mit den, an schweren organischen Erkrankungen des Centralnervensystems zu stellen sind.

146) K. M. Zelerizki (St. Petersburg): *Materialien zur Frage von der physiologischen Aufgabe der Occipitalwindungen.*

Thesen: 1) Nach Ausschneidung der Rinde an den Occipitalwindungen bei Hunden tritt unzweifelhafte contralaterale Amblyopie auf. 2) Electriche Reizung der Rinde an den Occipitalwindungen setzt ganz bestimmte Augenbewegungen, welche 3) bei Reizung der unterhalb der grauen Substanz liegenden weissen seltener auftreten.

III. Referate und Kritiken.

147) Sanger Brown (New-York): Experiments on special sense localizations in the cortex cerebri of the monkey. (Versuche bezüglich der Localisation der höhern Sinne in der Hirnrinde des Affen.)

(The Medic. Record 4. August 1888.)

Verf. zerstörte bei einem Affen mit einem Glüheisen die ganze graue Substanz eines Gyr. angul., ohne dass sofort oder später eine Sehstörung oder eine Paresse der Augenmuskeln oder Anästhesie der Cornea oder Conjunct. beobachtet wurden. Auch nach Zerstörung des andern Gyr. angul. trat keins dieser Symptome ein (nach Ferrier und Yeo verursacht Zerstörung der Rinde des Gyr. angul. temporär Schwinden oder Verminderung des Sehvermögens auf dem entgegengesetzten Auge).

Bei einem andern Affen wurde der linke Gyr. angul. ausgelöffelt: es trat eine um einige Tage anhaltende Hemianopsie ein. —

Hiernach würde beiläufig Munk's Ansicht, dass der Gyr. angul. auch in Beziehung stehe zur Sensibilität oder Bewegungsfähigkeit des entgegengesetzten Auges, nicht richtig sein.

Bei einem 3. Affen wurde durch einen längs der Fissur. pariet. occipit. verlaufenden Vertikalschnitt der linke Hinterhauptslappen ganz entfernt: es trat sofort bilaterale homonyme Hemianopsie ein, die dauernd blieb. Totale Blindheit entstand nach Entfernung beider Occipitallappen; alle andern Sinne blieben dabei unversehrt.

Bei einem 4. Affen ging der Schnitt nicht so weit nach vorn unter die Unterfläche des Gehirns, wie bei den vorigen; es trat zuerst Blindheit ein, nach wenigen Tagen jedoch schien das Thier im äusseren obern rechtehändigen Rande des Gesichtsfeldes schwach zu percipiren. Hiernach muss man annehmen, dass Horsley und Schäfer, nach deren Meinung das Sehcentrum sich nicht auf den Hinterhauptslappen beschränkt, den letztern bei ihren Versuchen niemals vollständig entfernt haben. —

Endlich zerstörte Verf. bei 6 Affen mehr weniger vollständig die obere Temporo-Sphenoidal-Windung beider Seiten, bei 2 sogar den ganzen Schläfenlappen, ohne dass, wie Ferrier und Yeo wollen, Gehörstörungen eintreten. Auch widerlegen diese Fälle Ferrier's Vermuthung, dass im vordern Theile jenes Lappens das Centrum für den Geschmacksinn liege, da an jenen Thieren Störungen des letzteren nicht bemerkt wurden. Im Uebrigen zeigten die beiden Affen, deren ganzer Schläfenlappen entfernt war, „gewisse interessante psychische Störungen“, über die sich Verf. vorläufig nicht näher aussprechen will.

Voigt.

148) C. Handfield Jones (London): Observations on inflammatory and certain other changes in the minute vessels of the pia mater. (Entzündliche und gewisse andere Veränderungen der kleinen Pia-gefässe.) (The Medic. Record 25. August 1888.)

Das Wesentliche des entzündlichen Processes, wie ihn Verf. an den kleinen Pia-gefässen beobachtete, besteht 1. in überreicher Bildung

indifferenter Zellen; 2) in Veränderungen des besondern Baues der kleinen Arterien; 3) in amöboider Zellen-Wanderung; 4. in Verdickung der Pia durch Zerfall der Zellen und Entwicklung plexiformer Fäden; 5. in der Gegenwart endothelialer Anhäufungen in einzelnen Arterien. An der kleinen Hirnarterien findet sich zuweilen eine Art atrophischen Zustandes, insofern die Muskelfasern (wahrscheinlich in Folge von Kern-Atrophie) als bleich, ungefärbte, kernlose, glasige durchscheinende Bänder erscheinen. Verf. weiss nicht, ob dieser der amyloiden Degeneration ähnelnde, aber wesentlich von ihr verschiedene Zustand eine krankhafter sei. — Das Wesentliche der *atheromatösen Entartung* findet Verf. auf Grund vielfacher Untersuchungen in der Ablagerung von Oeltröpfchen auf die Oberfläche der intima oder in eine gewisse Tiefe unterhalb derselben. Diese Tröpfchen sind verschieden gross und mit keinen andern geformten Bestandtheilen vermischt, als gelegentlich mit zahlreichen Micrococcus-ähnlichen Körnchen. Als Folge findet sich dann Verdünnung der Arterienwand mit hie und da auftretenden aneurysmatischen Ausbuchtungen. — In kleinen Hirngefässen findet man nicht selten microscopische oder mit unbewaffnetem Auge sichtbare, ungefärbte Gerinnsel, die aus amorpher Substanz mit eingelagerten Fibrillen Leucocythen bestehen und oft eine ungeheure Menge kleiner Körnchen (Micrococcen?) enthalten.

Voigt.

149) John S. Wilson (New-York); Aphasia occurring during the secondary stage of syphilis. (Aphasia im 2. Stadium der Syphilis.) (The Medic. Record 18. August 1888.)

Eine 38 jährige, an secundärer Syphilis (Hautsyphilitis etc.) leidende Frau wurde plötzlich, nachdem sie etwa 14 Tage lang über heftige umschriebene und sich meist Nachts vermehrende Kopfschmerzen geklagt, von Aphasia befallen; daneben wurden Verminderung der Sensibilität und der Reflexe des rechten Armes, Parese desselben und der rechten Gesichtshälfte, erweiterte, jedoch gut reagirende Pupillen gefunden. Heilung nach Verlauf von 3 Monaten. Verf. bespricht die möglichen Ursachen dieser in einem so frühen Stadium der Syphilis auftretenden Aphasia.

Voigt.

150) N. M. Iwanow (St. Petersburg): Zwei Fälle von acuter aufsteigender Spinalparalyse. (St. Petersburg. medicin. Wochenschr. 1888. Nro. 46.)

Bei Fall I, einem jungen Commis, begann die Krankheit am 26. Dezember 1886 mit Ermüdung und allgemeiner Schwäche. Am 28. fiel das Stehen und Gehen besonders schwer, am 30. konnte er ohne Hilfe gar nicht mehr gehen. Am 2. Jan. wurde er in's Hospital gebracht.

Hals- und Leistendrüsen etwas vergrössert, Ameisenkriechen in Armen und Beinen, Beine sind vollkommen gelähmt. Bewegungen der Arme sind deutlich abgeschwächt. Mydriasis. Kein Fieber. Jan. 3. Schlingbeschwerden. Jan. 4. Athemnoth, Husten. Lähmungen deutlicher. Am 5. Schlingen sehr erschwert. Am 6. Ernährung mit der Sonde. 4 $\frac{1}{2}$ h. p. m. Tod unter den Erscheinungen der Cyanose und erschwertem Athem.

Fall II betraf einen 27 jährigen Händler, mässigen Alkoholiker, der vor 2 Jahren ulcus penis ohne syphilitische Erscheinungen hatte. Er erkrankte 5 Tage vor seinem Eintritte in's Hospital mit Schwäche in den Beinen; kein Fieber.

Stat. am 29. Jan. P. 98. Resp. 24. Sensorium frei. Beine unvollständig gelähmt, Arme deutlich paretisch, Kraft der Hände deutlich herabgesetzt. Patellarreflexe fehlen. Pupillen erweitert. Jan. 31. Alle Lähmungserscheinungen viel ausgesprochener, Schlingen erschwert, Athem sehr mühsam. Abends 7 Uhr Exitus letalis.

Bei der Untersuchung von verschiedenen Höhen entnommenen Stückchen Rückenmark unter dem Mikroscope fanden sich im ersten Falle eine Menge runder lymphoider Granulationskugeln. Die Elemente vertheilten sich in Zügen längs der Gefässe oder gruppenweise zwischen den Nervenzellen; andere Nervenzellen zeigten Trübung des Protoplasmas und Verschwinden des Kernes.

Das Rückenmark des zweiten Falles zeigte diese Erscheinungen nicht, die auch hier vorkommenden Granulationselemente zeigten keine regelmässige Anordnung. Härtung in Müller'scher Flüssigkeit. Die stärksten Veränderungen wurden in der Lendenanschwellung gefunden. Der Centralcanal stellt ein Bild der Zerstörung dar; um ihn herum war das Gewebe mit kleinen weissen Kügelchen ähnlichen Elementen infiltrirt. Die Blutgefässe in der Umgebung des Centralkanals waren erweitert und hyperämisch, ebenso die Capillaren der ganzen grauen Substanz, besonders in den Vorderhörnern; an der Basis dieser letzteren und der Commissur fanden sich capilläre Extravasate.

An beiden Seiten des Centralkanals und um die grösseren benachbarten Gefässe herum befindet sich eine einförmige hyalinknorpelartige oder auch leichtkörnige formlose Masse, welche auf Aetzkalkalien und Säuren wie Fibrin reagirt, durch Carmin und Pilocarmin hellrosa gefärbt wird und bald in Form eines Ringes oder eines Muffs die Gefässe umgibt, bald die Nervenfasern des vorderen oder hinteren Theiles der Commissur auseinander drängend, sich in die Zwischenräume des benachbarten Gewebes einbettet. Man kann sie auch zwischen den Fasern der Vorderhörner sehen, auf Präparaten vom zweiten Falle füllt sie den vorderen Einschnitt des Rückenmarkes aus und reicht bis zur Pia. Die Hyperämie der Gefässe, die granuläre Infiltration lässt diese eiweissfarbige Masse als das Produkt einer Entzündung erscheinen.

Die beiden Fälle unterscheiden sich von einander nur quantitativ, im ersten war die Degeneration weniger ausgesprochen und mehr um den Centralkanal gruppiert, im zweiten war das Exsudat reichlicher.

Am Halsmarke fanden sich diese entzündlichen Erscheinungen in geringerem Grade, während die oberhalb der Lendenanschwellung gelegenen Theile bis zur Halsanschwellung intakt waren.

Wir haben somit in beiden Fällen acute Veränderungen im Rückenmarke vor uns, welche sich von unten nach oben ausgebreitet haben und die im Leben beobachteten klinischen Symptome ungezwungen erklären können. Bekanntlich haben Ranvier, Vulpian,

Westphal, Bernhardt u. A. bei der Landry'schen Paralyse einen negativen Befund erhalten, nur Lockhart Clarke fand in der grauen Substanz an beiden Seiten des Centralkanal's Herde flüssigen Exsudates um die Gefässe herum, was Westphal für eine post-mortale Erscheinung erklärte. Baumgarten hat 1876 ähnliche Veränderungen wie der Verf. beschrieben, aber der Fall wird nicht besonders beachtet, weil Baumgarten eine Milzbrandinfection annahm. Endlich ist im Eisenlohr'schen Falle eine Uebereinstimmung mit dem Verf. zu constatiren. Verf. vermuthet daher, dass den Autoren, die einen negativen Befund erhielten, die patholog. Veränderungen bei der Untersuchung entgangen seien, besonders da sie häufig nicht stark ausgeprägt und an beschränkten Stellen des Markes sich finden.

Goldstein.

151) Chavier et Février: Manifestations spinales de la blennorrhagie. (Spinale Symptome nach Gonorrhoe.)

(Revue de médecine 12. 1888.)

Im Anschluss an die Seite 507 des vorigen Jahrganges dieses Centralblattes referirte Arbeit von Hayem und Parmentier berichtet Verf. über einen 23 jährigen Soldaten, der kurze Zeit nach einer Tripperinfection eine Reihe von nervösen Störungen zeigte. Vor allem sprangen in die Augen unwillkürliche, andauernde Bewegungen der rechten oberen Extremität, in geringerem Maasse seltener auftretende klonische Zuckungen der unteren Extremitäten. Der untere Theil der Wirbelsäule war schmerzhaft, die gesammte Haut hyperaesthetisch, besonders die Ischiadici bis zum Unterschenkel hin lebhaft schmerzend. Die motorische Kraft der unteren Extremitäten stark herabgesetzt, die Reflexe gesteigert. Die Körpertemperatur war erhöht. Im Verlauf einer Woche entwickelten sich Schmerzen im linken Knie und Hüfte, später Atrophie der umgebenden Muskulatur, während die Zuckungen des rechten Armes bald verschwanden. Pat. erhielt Natr. salicylic. Er genas nach einmonatlichem Krankenlager. Verf. stehen nicht an nach Ausschliessung aller anderen Nervenstörungen einen ziemlich verbreiteten acuten Rückenmarksprocess als Grundlage der beobachteten Erscheinungen anzunehmen.

Strausscheid.

152) James J. Putnam (Boston): Lead Poisoning as a cause of muscular Incoordination (Pseudo Tabes). (Bleivergiftung und Ataxie.)

(Boston Medical und Surgical Journal 22. December 1888.)

Sectionsbefunde von Fällen wirklicher Ataxie bei Neuritis sind bisher nur dreimal publicirt worden, und zwar bei Alcoholikern. Klinische Beobachtungen von Ataxie bei Bleivergiftungen liegen bis 1887 in zwei Fällen vor. In beiden Fällen fehlte Druckempfindlichkeit der Muskeln. P. giebt nun drei hergehörige Fälle; in den beiden ersten war längere Zeit hindurch Wasser aus bleihaltigen Leitungen genossen worden, im dritten konnte eine grosse Quantität Blei im Urin nachgewiesen werden. In diesem dritten Falle war drei Monate nach Ein-

treten der ersten Erscheinungen „eine Art hysterische Manie“ und darauf definitiver Schwachsinn eingetreten.

In allen Fällen fand sich spontan rapide Besserung der Erscheinungen an den unteren Extremitäten zu einer Zeit, wo die Störungen an den Armen rapid zunahmen, und Steigerung des Kniephänomens. Wir geben hier die Schilderung der ataktischen Erscheinungen des ersten Falls ausführlich wieder. Das Tastgefühl war nur an den Händen verringert, und am meisten an den Fingerspitzen. Ein tiefer Nadelstich wird deutlich empfunden, bei leichter Berührung werden Spitze und Knopf der Nadel kaum unterschieden. Die Incoordination besteht auch bei offenen Augen, nimmt bei geschlossenen Augen stark zu. Bei rechtwinklig gebeugtem Arm empfindet die linke Handebene ein hineingelegtes 50 Gramm-Gewicht, die rechte fühlt nichts von einem 150 Gramm-Gewicht. Es besteht keine Empfindung für die Stellung der Hände, und die Finger sind in constanter Bewegung, wenn die Patientin fortsieht. Daumen und Zeigefinger sind weniger taub als die andern.

In zwei der Fälle bestand Diplopie, Asthenopie, und leichter Nystagmus. Kurella.

152) Herm. Schmidtborn (Mainz): Ueber Asthma nervosum.

(V. Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge Nro. 328. 1889.)

Fussend auf der Diesterweg'schen Lehre (siehe dieses Centralblatt 1886, pag. 676 ff.) über die Bedeutung der Athmung für den Kreislauf, hält Verf. das Asthma wesentlich für einen reflektorischen Vorgang. Bemerkenswerth ist, dass die Symptome derselben hauptsächlich bei solchen Reflexen auftreten, welche expiratorischer Natur sind und häufig durch den Trigeminus treffende Reize erzeugt werden. Man kann sich daher vorstellen, dass der pathologische Effekt dieser expiratorischen Reize im Sinne der Ausathmung eine Erregung derjenigen Nerven nur Folge habe, welche die Gefässmuskeln im Stromgebiete der Pulmonalis versorgen, dass er einen Krampf der Lungenarterien hervorzurufen vermag.

Wie nun im grossen Kreislauf ein Krampf der Gefässmuskeln schwere Circulationsstörungen nach sich zieht, so wird auch ein Krampf der Gefässmuskulatur im Stromgebiete der Pulmonalis auf die circulatorische Leistung des Athmungsapparates einwirken, indem die ansaugende Wirkung der Lungen dadurch eine erhebliche Einbusse erleidet, weniger Blut zu dem Herzen zurückströmt, weniger Blut den kleinen Kreislauf passirt und weniger in die Aorta gelangt. Auch die gesteigerte Thätigkeit der Athemmuskeln findet unter der Annahme eines Krampfes der Lungenarterien nach des Verf.'s Meinung eine ausreichende Erklärung, denn die Sauerstoffverarmung und Kohlensäureüberladung des Blutes wird bei der ungentügenden Füllung des grossen Kreislaufes bald einen sehr hohen Grad erreichen, wodurch die Muskeln zu gesteigerter Thätigkeit angeregt werden.

Der vorwiegend expiratorische Charakter der Athmung beim Asthma wird daraus erklärt, dass die Erregung der Vagi nicht vollstän-

dig erloschen ist, und dass ferner die Reflexwirkung, welche das Asthma hervorruft, eine expiratorische ist. Die expiratorische Wirkung des Reizes wird auch für das Zustandekommen eines Krampfes der Bronchialmuskeln beim Asthma in Anspruch genommen.

Goldstein.

154) Joh O. Roe (Rochester, N. Y.): The frequent dependence of persistent and so-called congestive headaches upon abnormal conditions of the nasal passages. (Der häufige Zusammenhang anhaltender und sogenannter congestiven Kopfschmerzes mit abnormem Zustande der Nasenhöhlen.) (The Medic. Rec. 25. August 1888.)

In denjenigen Fällen von Kopfschmerz, die von Nasenerkrankungen abhängen, hat Verf. stets gefunden, dass Theile der Nasenhöhlen, die normaler Weise von einander getrennt sind, und einander in Berührung gebracht waren und so einen gegenseitigen, mehr weniger starken Druck ausübten. Eine Ausnahme machen nur Polypen und andere Nasen-Tumoren, die aber natürlich gleichfalls durch Druck in derselben Weise krank machend wirken. Der in allen diesen Fällen hervorgebrachte Kopfschmerz ist theils dumpf theils scharf, theils inter- und remittirend, theils beständig. In letzterem Falle handelt es sich mehr um Druck auf knöcherne oder sonst feste Nasentheile, in den andern um Reizung weicherer Gewebe. — Die Lokalisation des Kopfschmerzes anlangend wird der in der Nasenhöhle gesetzte Reiz immer in der Richtung des geringsten Widerstandes reflectirt, so dass der Schmerz bald mehr diesen, bald mehr jenen Theil des Kopfes einnimmt; immerhin gibt es jedoch gewisse Bezirke der Nasenhöhle, von denen aus der Schmerz vorwiegend häufig auf bestimmte Hirntheile reflectirt wird. So findet sich bei Erkrankungen der untern Muschel und der untern Septum-Gegend der Schmerz am häufigsten in den hintern Theilen der Temporal-, Parietal- und Occipital-Gegend, während er bei Erkrankungen der mittleren Muschel gewöhnlich das Seitenwandbein, bei solchen der oberen Muschel die Stirn- und Supraorbital-Gegend betrifft. — In diagnostischer Hinsicht gelingt es oft, den charakteristischen Kopfschmerz durch Berührung der kranken Nasenstelle mit einer Sonde sofort hervorzurnfen. — Verf. belegt seine Darlegungen durch einige Krankengeschichten.

Voigt.

155) J. E. Schadle (St. Paul, Minn.): The relation of spasmodic asthma to chronic hypertrophic rhinitis. (Die Beziehung des spasmodischen Asthmas zu chronischer hypertroph. Rhinitis.)

(The Medic. Record 28. Juli 1888.)

Es werden 4 Fälle erzählt zum Beweise, dass das „spasmodische Asthma“ oft hervorgerufen werde durch chronische Verdickung der Schleimhaut, welche das hintere Drittel der untern Muscheln und des gerade gegenüberliegenden Theiles der Nasenscheidenwand (die Stelle der sensiblen Zone Mackenzie's) bedeckt.

Voigt.

156) **Le Grand N. Denslow** (St. Paul, Minn.): Urethral irritation in the Male as a source of disease. (Urethrale Reizung beim Manne, eine Krankheitsursache.) (The Medic. Record 6. October 1888.)

Unter den Reflexneurosen spielen die durch Reizung urethraler Theile hervorgerufenen keine geringe Rolle. Verf. führt eine grosse Reihe solcher Fälle an, in denen es gelang, durch Beseitigung von Stricturen, hyperästhetischen Stellen, entzündlichen Störungen u. s. w. Heilung gleichzeitig bestehender Neurosen zu erzielen, sei es dass das gesammte Nervensystem, sei es dass nur einzelne Theile desselben krankhafte Erscheinungen darbieten. Voigt.

157) **Samuel D. Hine** (Stockland, Devon): On common cramp and allied affections. (Ueber Crampus und verwandte Affectionen.) (The Lancet 10. Novemb. 1888.)

Zu den Ursachen, welche Krampf der Wadenmuskeln, seltener des *M. pectoralis* und der Bauchmuskeln auslösen, gehört in erster Linie der Druck, auch der indirecte, welchen eine Auftreibung des Magens und Darmkanals durch Gase und eine starke Anfüllung der Harnblase und des Mastdarms ausüben.

Hieran reihen sich Erkältung, ungewohnte starke Muskelanstrengungen, rheumatische und gichtische Diathese, reizbare Blase, Stricture der Urethra und des Rectum, Leberstockungen und Krankheiten der Nieren.

Diese weniger gefährliche als schmerzhaft Krampfform, der mehr Männer als Frauen unterworfen sind vielleicht desswegen, weil letztere weniger zu Excesse im Essen und Trinken neigen, erfordert in prophylactischer Hinsicht ein geeignetes diätetisches Regimen. Auch eine jeden zweiten Abend genommene Pille, die *Extr. conii*, *Extr. nuc. vomic.*, *Extr. Belladonn.* und *Myrra* enthält, vermag einen Anfall zu verhüten.

Kommt es trotzdem hierzu, so genügen zu seiner Beseitigung in leichteren Fällen das Bestreichen der afficirten Stelle mit einem in kaltes Wasser getauchten Schwamme oder kräftige Frictionen mit der Hand; in schwereren Fällen wird durch ein Belladonna-Liniment mit einem Zusatz von Chloroform häufig und durch Chloroforminhalationen immer ein günstiger Erfolg erzielt. Pauli.

158) **Thyssen** (Paris): Hérédité similaire dans un cas de maladie de Basedow; — Disparition du goître par des injections de teinture d'iode. (Ein Fall von Vererbung des M. B.; — Verschwinden des Kropfes in Folge von Injectionen von Jodtinctur.)

(Le Progrès médical 1889 Nro. 4.)

Es handelt sich um einen Fall von directer Vererbung des M. B. mit ziemlich gleichen Symptomen von der Mutter auf die Tochter, in deren Familie übrigens Geisteskrankheiten, Selbstmord, Trunk heimisch waren.

Die Mutter selbst arthritisch, unstäten Wesens, hatte einen Kindesfaustgrossen Kropf, litt an Zittern der Extremitäten, an periodischen

Durchfällen und Erbrechen und Xanthelasma; dagegen bestand kein Exophthalmus.

Bei der 30 jährigen verheiratheten, aber von ihrem trunksüchtigen Manne getrennt lebenden Tochter war die Anschwellung der Schilddrüse apfelgross, ferner bestanden Zittern der Extremitäten, Tachycardie, Schlaflosigkeit und geringer Exophthalmus; Diarrhoen sowie Erbrechen fehlten. Da die Kranke hauptsächlich durch den Kropf genirt wurde, wurden in das Parenchym desselben innerhalb zwei Monaten 22 Injectionen von einer Jodtinctur gemacht, indem mit einer halben Pravaz'schen Spritze voll begonnen und diese Dosis ganz allmählich bis auf beinahe 2 Spritzen gesteigert wurde. Nach der Operation traten jedes Mal leichte Schmerzen in Ohr- und Nackengegend auf, die aber nach zwei Tagen verschwunden waren. Die Anschwellung der Schilddrüse nahm unter dieser Behandlung allmählich ab und war trotz Unterbrechung der Cur nach mehreren Monaten fast völlig geschwunden. Mit dem Schwund des Tumors besserte sich auch das Allgemeinbefinden der Kranken, die Nervosität, die Tachycardie sowie die Schlaflosigkeit traten wesentlich zurück.

Holtermann.

159) Eulenburg (Berlin): Zur Symptomatologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit. (Berliner klin. Wochenschr. 1889. 1. 2.)

Wenn ein Autor von der Bedeutung Eulenburg's auf dem Gebiete der Nervenheilkunde die Lehre von der Basedow'schen Krankheit in Bezug auf Diagnose, Prognose und Therapie für revisionsbedürftig erklärt, wenn er betont, dass es bei der Inconstanz der drei Cardinalsymptome geboten sei auch den Nebenerscheinungen grössere Beachtung in semiotisch-diagnostischer Hinsicht zuzuwenden und tröstend hinzusetzt, dass die Therapie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle keineswegs so undankbar und hoffnungslos sei, als man bisher angenommen, so glaubt man sich zu den schönsten Hoffnungen berechtigt. Man erwartet von der Auffindung eines untrüglichen diagnostischen Merkmals zu hören und hofft, dass es gelungen sei eine Therapie festzustellen, welche in den meisten Fällen Aussicht auf Erfolg biete — kurz, man ist versucht, sich mit Faust's Famulus darüber zu freuen, „dass wir's zuletzt so herrlich weit gebracht“, und fühlt sich grausam enttäuscht durch die Erkenntniss, dass wir auch nach dieser neusten Veröffentlichung Eulenburg's in Bezug auf Diagnose und Therapie der räthselhaften Krankheit nicht wesentlich vorwärts gekommen sind.

Einem anderen Autor gegenüber würde man sich wahrscheinlich darauf beschränken die sehr interessanten Untersuchungen über den galvanischen Leitungs-Widerstand des Körpers bei B. Kr. zu besprechen vielleicht mit dem Ausdruck des Bedauerns darüber, dass das Ergebniss noch so unsicher sei und das Symptom deshalb nur im Zusammenhang mit den anderen bekannten Basedow-Symptomen Bedeutung gewinne, — Eulenburg, der schon vor einer Reihe von Jahren in

Ziemssen's Handbuch eine geradezu klassische Studie über die Basedow'sche Krankheit geliefert hat, muss es sich gefallen lassen, dass man nach seinen einleitenden Worten mehr von ihm erwartet.

Die vorliegende Arbeit trägt wesentlich den Character eines Referates über den gegenwärtigen Stand der M. B.-Frage, es wird genügen ihren Gang kurz zu skizziren und nur die Stellen eingehender zu besprechen, welche sich auf E.'s eigene Untersuchungen stützen.

Der Umstand, dass die Krankheit keineswegs immer durch ihr klinisches Verhalten in so schlagender Weise characterisirt ist, wie es nach den ersten von Basedow veröffentlichten Fällen schien, hat schon lange Veranlassung gegeben, nach einem nie fehlenden charakteristischen Symptom zu suchen, durch welches die differentielle Diagnose gesichert wurde. Die Zahl der so aufgefundenen Kennzeichen ist eine sehr beträchtliche, aber leider ist keines von ihnen *constant* vorhanden und manche von ihnen finden sich auch noch bei anderen Krankheiten.

Zu erwähnen sind zunächst: v. Graefe, Dysharmonie in der Bewegung des oberen Augenlids und der Visirebene; v. Stellwag, Aufgehobensein des spontan unwillkürlich erfolgenden Lidschlags; Moebius, Abschwächung oder geringere Ausdauer der Convergenzbewegungen; Charcot und P. Marie, ein charakteristisches Zittern, welches sich von dem Tremor bei anderen chronischen Nervenleiden, von dem senilen Zittern und dem Tremor bei Intoxicationen sowohl durch seinen Character, als durch die fast noch einmal so grosse Frequenz der Zitterbewegungen unterscheidet. Dasselbe kommt so häufig vor, dass Charcot es als viertes Cardinalsymptom neben die bekannte Symptomtrias: Tachycardie, Struma und Exophthalmus stellen möchte.

Schon früher bekannt, aber von Charcot neuerdings wieder hervorgehoben ist das periodische Auftreten eigenthümlichen, nicht von Kolikschmerz begleiteten wässerigen Diarrhöen.

Von weittragender semiotischer Bedeutung sind nach Eulenburg einzelne der schon längst bekannten mannichfaltigen Veränderungen, welche an der Haut bei M. B. auftreten: Hitzegefühl (meist ohne nachweisbare Temperatursteigerung), Röthung der Haut, Farbenwechsel bei leichtester Veranlassung, bei mechanischer Reizung fleckweise Röthungen (die *tâches cérébrales* Trousseau's); sodann Erythem, Urticaria, Solerem. Ebenso bekannt ist die Neigung zu profuser Schweissbildung (Hyperhidrosis), zuweilen auch nur einseitig (Ephidrosis unilateralis), doch mangelt es auch nicht an Fällen, in denen die Haut kalt und trocken, die Schweissbildung gering ist. Seltener endlich sind Pigmentanomalien der Haut, wie Vitiligo oder mit anderweitigen Organerkrankungen zusammenhängende abnorme Pigmentirungen, wie Icterus und das neuerdings beobachtete mit dem M. B. gleichzeitige Bestehen von Addison'scher Krankheit, wofür E. einen von ihm selbst beobachteten Fall, der grossen Seltenheit wegen ausführlich bespricht. Wir kommen nun zu dem interessantesten Theile der Arbeit. E. bestätigt auf Grund eingehender Untersuchungen von Martius, ihm selbst und Kahler ein von Vigouroux

entdecktes Symptom, auf welches Charcot vor 2 Jahren die Aufmerksamkeit gelenkt hat und spricht demselben, nachdem er Vigou-roux's Angaben genauer präcisirt und etwas eingeschränkt hat, eine grössere differentiell-diagnostische Bedeutung zu. Es ist das die mittelst einer bestimmten Untersuchungstechnik nachweisbare und messbare Veränderung des galvanischen Leitungs-Widerstandes, welche nach E. in augenscheinlichem Zusammenhange mit den vorerwähnten Anomalien der Hautbeschaffenheit, mit dem Hitzegefühl, der Röthung der Haut und der starken Schweissabsonderung stehen soll, — wenn auch einige von seinen selbstbeobachteten Fällen entschieden gegen einen solchen Zusammenhang sprechen.

Im Jahre 1887 veröffentlichte E. in Nro. 17 dieser Zeitschrift 5 Fälle, auf Grund deren er annahm, dass eine mehr oder weniger beträchtliche Herabsetzung des galvanischen L. W., und zwar der „relativen Widerstandsminima“, in Verbindung mit einem zeitlich sehr beschleunigten Ablauf der Widerstandcurve (äusserst rapides Eintreten des relativen W. M.'s) bei M. B. als vorherrschender Befund anzusehen sei. Von diesen 5 Fällen verhielt sich einer absolut ein zweiter theilweise negativ, und Vigou-roux versuchte später diese Abweichung dadurch zu erklären, dass es sich wahrscheinlich um gleichzeitig hysterische Kranke gehandelt habe und da nach seinen Erfahrungen bei diesen Kranken der L. W. vermehrt sei, so habe sich in diesen abweichenden Fällen wohl der L. W. der Hysterie, als der vorherrschenden Krankheit ergeben. E. weist aber nach, dass weder bei den oben-geannten, noch bei anderen später von ihm untersuchten negativen Fällen eine hysterische Complication vorhanden gewesen sei.

Die Höhe der von Vigou-roux und der von den deutschen Beobachtern angegebenen Widerstandsziffern differirt nicht unbeträchtlich, indem V. durchweg niedrigere Zahlen gefunden hat, doch erklärt sich diese Differenz einfach daraus, dass V. eine Säule von fast um die Hälfte grösserer electromotorischer Kraft benutzt hat, was aber unzweckmässig erscheint, weil nach E. und Kahler gerade die rasche Herabsetzung des galvanischen L. W.'s bei niedriger electromotorischer Kraft als das am meisten charakteristische und bedeutsame Merkmal dieser Untersuchung hervortritt.

Es folgt nun eine Tabelle von 13 Fällen, welche beweisen sollen, dass bei M. B. fast regelmässig der relative L. W. sehr bedeutend herabgesetzt ist und aus welchen E. auch den Schluss gezogen hat, dass diese Minderung des L. W.'s in einem Abhängigkeitsverhältniss steht zu der grösseren oder geringeren Durchfeuchtung der Haut, wie sie aus den oben erwähnten Anomalien der Hautbeschaffenheit resultirt.

Gegen diese Beweisführung liesse sich einwenden, dass ein Material von nur 13 Fällen nicht genüge, um sich ein Urtheil zu bilden und zwar um so weniger, wenn 2 davon ein negatives Resultat ergeben und 2 weitere sich in sofern abnorm verhalten, als bei eingetretener Besserung der L. W. sinkt, während er doch grösser werden müsste. Es würden somit im Ganzen 31% der aufgeführten Fälle

nicht beweiskräftig sein. Es scheint E. entgangen zu sein, dass in Fall 3 und 4 die bei späteren Untersuchungen gefundene weitere Herabsetzung des L. W.'s gegen seine Theorie spricht, denn er erwähnt bei Fall 4 die Aenderung mit den Worten „so dass also auch dieser Fall sich danach mehr dem gewöhnlichen Befunde der Herabsetzung bei M. B. anreihen würde.“ Ähnlich verhält es sich mit Fall 3 der Tabelle, bei welchem nach $1\frac{1}{2}$ Jahren trotz der inzwischen sehr vorgeschrittenen Besserung das relative W. M. herabgesetzt ist. Dagegen finden wir bei Fall 12 anfangs 1440—1530 und später bei fast vollständiger Genesung beträchtlich höhere Minima 2300—3500 verzeichnet; es wäre also dieser Fall äusserst correct verlaufen.

Wenn E. ferner bei Besprechung der an der Haut bei M. B. beobachteten Veränderungen sagt: „es mangelt jedoch auch nicht an Fällen, in denen die Haut kalt und trocken, die Schweissbildung gering ist, was für die Auffassung der weiterhin zu erörternden Anomalien des galvanischen L. W.'s bei M. B. wesentlich in Betracht kommt,“ so muss jeder glauben, dass bei guter Durchfeuchtung der Haut, bei Hyperhidrosis der L. W. regelmässig beträchtlich herabgesetzt, bei kalter trockner Haut und geringer Schweissbildung dagegen der L. W. wesentlich höher sein werde, — aber leider trifft auch das nicht constant zu. Ich will die auffälligsten Beispiele anführen: In Fall 4 finden wir trotz starker Schweisse zuerst ein hohes W. M. 3200—3600, bei späteren Messungen ist dasselbe allerdings auf 1800—2300 zurückgegangen, aber bei der ersten Veröffentlichung des Falles in Nro. 17 (1887) dieser Zeitschrift ist auch schon neben starken Schweissen dasselbe hohe W. M. angeführt. In Fall 5 ist neben Hyperhidrosis ein W. M. von 4600—5200 notirt und versucht E. auch gar nicht diesen abweichenden Befund zu erklären, während er bei Fall 9, W. M. 4160—4400 — Haut kühl, trocken, nicht schwitzend, in Klammer dazu setzt; „(der verhältnissmässig grosse L. W. darauf zurück zuführen.

Endlich aber findet sich in Fall 11 der allerniedrigste überhaupt beobachtete rel. L. W. bei meist trockner und kühler Haut verzeichnet und E. fühlt sich nicht veranlasst seiner Verwunderung über dieses abweichende Verhalten Ausdruck zu geben.

Wäre es da nicht verzeihlich, wenn man sich eines von E. selbst gebrachten Ausdrucks bedienend, sagen wollte, dass die von ihm so gepriesene Herabsetzung des L. W.'s manches Eigenthümliche habe, wodurch sie sich von einem *zuverlässigen* semiotisch - diagnostischen Kennzeichen *positiv* und *negativ* unterscheidet?

Ich habe mich wiederholt auf die ältere Veröffentlichung der ersten fünf hierhergehörigen Fälle in dieser Zeitschrift berufen und muss es jetzt noch einmal thun, um zu zeigen, wie ganz unparteiisch E. damals die von ihm gefundenen Resultate beurtheilte, er sagt; „Die obige Widerstandsherabsetzung bildet aber keineswegs ein constantes und pathognomisches Symptom der B. Kr., da bei derselben auch nahezu normale und selbst abnorm vergrösserte Widerstände bei gleicher Anordnung angetroffen werden können.“

Etwas energischer fasst er jetzt seine Schlüsse aus der mehrfach erwähnten Tabelle, wie folgt, zusammen: „Man kann also behaupten dass ein niedriges, zwischen 1000—2000 Ohm (gegen 3480—5000—6000 bei Gesunden oder auch an anderen Krankheiten Leidenden) liegendes und dabei rasch erreichbares relatives W. M. bei geringer electromotorischer Kraft (X Siemens Elemente) ein bei Basedow'scher Krankheit zwar nicht constanter aber doch überwiegend häufiger Befund ist.“

Weiter erwähnt E. Versuche, welche in der Regel neben dem relativen auch ein ziemlich niedriges absolutes W. M. bei B. Kr. und wie Kahler hervorhebt, namentlich die Erreichbarkeit derselben bei niedriger electromotorischer Kraft darthun sollen. E. schreibt der Bestimmung des absoluten W. M.'s aber nicht die gleiche praktische Bedeutung zu, weil dasselbe bei B. Kr. nicht erheblich von dem an Gesunden erhaltenen differirt und auch wegen der weit schwierigeren Darstellbarkeit und der damit verbundenen Schmerzhaftigkeit es oft nicht möglich ist den Versuch ganz durchzuführen.

Wenn wir auch nach den oben erhobenen Einwendungen annehmen müssen, dass die Acten über die Verwendbarkeit der Prüfung des relativen L. W.'s zur Feststellung der Diagnose von M. B. noch nicht geschlossen sind, so muss doch so viel zugestanden werden, dass in zweifelhaften Fällen ein niedriges W. M. werthvoll für die differentielle Diagnose sein wird.

Fast befremdlich erscheint es, dass E. in seiner Arbeit wiederholt auf das Lebhafteste bedauert, dass die von Moebius neuerdings wiederbelebte, so verlockende Hypothese, wonach es sich bei M. B. um eine *primäre* Affection der Schilddrüse handeln sollte, durch welche die chemische Function der letzteren krankhaft gestört würde, den neueren Experimenten von Munk zufolge gänzlich unhaltbar geworden sei. Was für E. in der Anschauung von Moebius „dass der Verlust der Schilddrüse (resp. bei M. B. eine krankhafte Thätigkeit derselben) tiefgehende Ernährungsstörungen im ganzen Körper bewirke, Störungen, welche kaum anders, als durch die Annahme einer zum Leben nöthigen chemischen Thätigkeit der Schilddrüse gedeutet werden können“, so Verlockendes liegt, ist mir nicht recht ersichtlich. Meiner Auffassung nach spielt die Drüse im M. B. keine chemische, wohl aber eine rein physicalische Rolle, wobei ich mich auf die Ansicht von Liebermeister stütze, derzufolge die blutreiche Schilddrüse ein Blutreservoir darstellt, welches Blutdruckveränderungen im Gehirn nach Möglichkeit verhindert und zugleich als selbststeuerndes Ventil für die Blutzufuhr wirkt, indem sie bei stärkerer Blutoongestion gegen den Kopf anschwillt und mehr und mehr die Carotiden comprimirt, so dass sie dieselben unter Umständen z. B. bei sehr gesteigerter Muskelanstrengung sogar pulslos machen kann. Aus solchen physicalischen Erwägungen ergibt sich doch viel ungezwungener die Rolle, welche die Drüse gegenüber der krankhaft erhöhten Herzthätigkeit spielt, bis auch sie schliesslich erlahmt und dann erst recht bedrohliche Erschei-

nungen zu Stande kommen. Aber E. warnt eindringlich davor, mit der unsicheren Leuchte zweifelhafter und kurzlebiger Hypothesen in dem Dunkel herumzustöbern, in welches die „Theorie“ der B. Kr. bis jetzt gehüllt ist; brechen wir also ab und kommen wir zum Schluss, zur *Therapie*. Hier giebt E. zunächst in kurzen Worten eine Uebersicht der älteren Curmethoden, wie sie aus der jeweiligen Auffassung über das Wesen der Krankheit entstanden waren, er erwähnt unter den älteren medicamentösen Behandlungsweisen die mit Eisenpräparaten, mit Digitalis, mit Atropin und ähnlichen Nervenmitteln, den ganz verwerflichen Jodgebrauch und bespricht dann die locale Inangriffnahme der Struma durch Injectionen, durch Electrolyse und durch operative Eingriffe u. a. m. und betont gegenüber diesen letzten mehr localen Behandlungsversuchen, *dass es sich bei M. B. unmöglich um eine reine Localneurose handeln könne, sondern dass man das Leiden als einen mit bestimmten Localisationen einhergehenden allgemeinen nervösen Erschöpfungszustand, als eine leichtere oder schwerere Form der Neurasthenie aufzufassen habe und dass deshalb die örtliche Behandlung erst in die zweite Linie zurücktreten müsse*. Derselben Ansicht haben auch andere schon vor Eulenburg gebuhdelt, aber der Muth, mit welchem er die alten mit Vorliebe gepflegten neurotischen Theorien über Bord wirft und betont, dass man bei allen derartigen Localisationsversuchen zwar einzelne Symptome der Krankheit erklärt, — und zwar meist schlecht und gezwungen erklärt, — nicht aber die Krankheit selbst, verdient volle Anerkennung und der schon in der Einleitung gethane Ausspruch, dass der Erfolg aller Therapie davon abhängen, dass es dem Arzt und dem Patienten gleichermassen an Ausdauer nicht fehle und ersterer die Behandlung dem jeweiligen Krankheitsbilde anpassen müsse, statt schablonenenhaft mit gewissen medicamentösen oder galvantherapeutischen Proceduren allein auskommen zu wollen, sollte in erster Linie bei der Therapie der M. B. beherzigt werden.

Wenn es noch einer Bestätigung bedürfte, dass wir es bei M. B. mit einem der Neurasthenie naheverwandten Leiden zu thun haben, so giebt E. sie uns durch die Mannichfaltigkeit der von ihm als wirksam empfohlenen Behandlungsweisen; das alte Wort *Practica est multiplex* kommt hier zu nie geahnter Geltung, denn das Armamentarium, welches uns vorgeführt wird, enthält: Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen und Anstaltsbehandlung, sodann die Versetzung des Kranken in das von Stiller jüngst empfohlene Höhenclima mit den, oder im Nothfalle auch ohne die entsprechenden Cureinrichtungen; auch Wintercuren an hochgelegenen alpinen Stationen müssen bei der langen Dauer des Leidens in Aussicht genommen werden. Es folgt dann eine Empfehlung von balneotherapeutischen, electrotherapeutischen und diätetischen Curmethoden, wie Kaltwasserbehandlung, kräftige kohlensäurereiche Sool- und Stahlbäder, Electricität in jeder Form, mit besonderer Bevorzugung der allgemeinen Electrification in Form der electrischen Bäder, faradischer sowohl als galvanischer und unter Anwendung der monopolaren, so gut als der dipolaren Badesform, vor allem auch Spannungselectricität und endlich die verschiedensten diätetischen Curen :

Weir-Mitchell, Milch- und Kefirouren und des Gegensatzes halber selbst Schroth'sche Trockencuren. Von ihnen allen hat man Erfolge gesehen, — das ist, denke ich, der beste Beweis, dass E. Recht hat, wenn er den M. B. als eine Form der Neurasthenie auffasst. Leider aber bleibt trotz alles auf diese Arbeit verwendeten Scharfsinnes die Lehre vom M. B. in Bezug auf Diagnose und Therapie nach wie vor revisionsbedürftig. Möchte sich bald Jemand finden, dem die vielen bisherigen Misserfolge den frischen Muth nicht lähmen und möchte der Erfolg das Wagniss lohnen!

Franz (Schwalbach).

160) W. A. Howe (Phelps, N. Y.): Tic douloureux of seventeen years duration treated by neurectomy. (Tic douloureux seit 17 Jahren, Behandlung durch Neurectomie.) (The Medic. Record 18. August 1888.)

Die Neuralgie betraf die Nn. supraorbital., infraorbit., und mentalis. Zuerst wurde nach Cocain-Einspritzung ein etwa Zollgrosses Stück des beiläufig gesund erscheinenden z. supraorbit. herausgeschnitten; hiernach hörten die Schmerzen in diesem Nerven-Gebiete auf. Zehn Tage später wurde dieselbe Operation mit demselben Erfolge am N. ment. gemacht; derselbe war, soweit er zu übersehen war, deutlich entzündet (Zellgewebe und Nervensubstanz), auch lag an ihm ein kleiner Abscess. Nach abermals 3 Tagen wurde endlich ein Stück vom N. infraorbit. entfernt: auch hier fand sich Neuritis und ein etwas grösserer Abscess. — Leider starb die Frau wenige Tage später an Cholera, so dass die Frage offen bleibt, ob durch jene Operation eine definitive Heilung erzielt worden wäre.

Voigt.

161) Gilles de la Tourette: De la suspension dans le traitement de l'ataxie locomotrice proressive et de quelques autres maladies du système nerveux. (Die Behandlung der Tabes und anderer Erkrankungen des Nervensystems durch die Suspension.) (Le Progrès médical. 1889 Nro. 8.)

Diese Art der Behandlung der Tabes stammt von Motschoukowsky in Odessa, der sie 1883 in einer nicht weiter bekannt gewordenen Brochüre veröffentlicht hat. Raimond lernte sie in Russland kennen und brachte sie 1888 nach Paris, wo Verf. dieselbe 3 Monate lang in folgender Weise ausübte. Die Suspension geschieht vermittelt eines Sayre'schen Corsets; die ersten Sitzungen dauern kurze Zeit circa $\frac{1}{2}$ Minute, nach und nach wird die Dauer bis auf 3 und im Maximum auf 4 Minuten ausgedehnt, sie finden alle zwei Tage statt. Während der Suspension lässt man alle 15—20 Secunden die Hände hochheben, um den auf die Wirbelsäule ausgeübten Zug zu verstärken. Bei 14 ausgesprochenen Tabikern, wurden in beinahe 400 Sitzungen in verschiedenem Grade Besserungen des Zustandes erreicht, die namentlich bei 8 ganz erheblich waren. Im Anfange trat immer eine Besserung des Ganges, der Incoordination auf, die zuerst 2—3 Stunden anhielt, später aber nach 8—10 Sitzungen continuirlich wurde. Nach 20—30 Sitzungen schwand das Romberg'sche Phänomen.

Dann trat eine Besserung der Beschwerden von Seiten der Blase auf; bei einigen stellte sich sogar der normale Zustand wieder her. Die lancinirenden Schmerzen traten in grösseren Intervallen auf und verschwanden schliesslich ganz. Auch die Impotenz wurde gebessert. Erectionen stellten sich wieder ein. Das Taubheitsgefühl in den Füssen trat zurück, anaesthetische Parthien wurden wieder sensibel. Nur bei einem 32 jährigen Manne trat, nachdem die tabischen Erscheinungen bedeutend zurückgegangen waren unter den beschriebenen Verfahren, plötzlich unter lancinirenden Schmerzen und Ptoxis ein Rückfall auf, bei den übrigen Kranken hat die Besserung Bestand gehabt. Das Kniephänomen kehrte übrigens auch bei den in der Besserung am weitesten fortgeschrittenen Individuen nicht wieder. Blocq hat ein mit Friedreich'scher Krankheit behaftetes 13 jähriges Mädchen mit 30 Sitzungen behandelt; die Besserung war eine merkliche und erstreckte sich auf das Romberg'sche Phänomen, das Schwanken und den Tremor.

Bei zwei Neurasthenikern mit Impotenz kehrten die sexuellen Functionen zur Norm zurück.

Ein Kranker mit Sclerose en plaques und Steigerung des Kniephänomens erlitt bei dieser Behandlung eine spastische Paraplegie, die aber nach drei Tagen verschwand. Holtermann.

(Fortsetzung folgt.)

162) A. Goldney Chitty (Hornsey): The traitment of Pruritus. (Die Behandlung des Pruritus.) (The Lancet. 8. Decemb. 1888.)

Zu den vielen gegen Pruritus empfohlenen Verordnungen fügt Ch. eine neue hinzu: Man bestreicht mit einem in eine heisse $1\frac{1}{2}\%$ Carbollösung getauchten Schwamme die afficirten Partien, lässt dieselben trocken werden und bepinselt sie dann mit Tinct. Benzoës comp.

In einem frischen derartigen Falle, den Diabetes begleitete, führte diese Behandlung zu einem überraschend günstigen Erfolge.

Pauli.

163) C. Lange (Kopenhagen): Ueber Gemüthsbewegungen.

(Autorisirte Uebersetzung von H. Kurella. Leipzig, Verlag von Th. Thomas 1887.)

Eine kurze Wiedergabe des Inhaltes der psycho-physiologischen Studie von C. Lange findet sich aus der Feder des Uebersetzers auf pag. 252 vom Jahrgang 1887 unseres Centralblattes. Indem wir auf dieselbe verweisen und unsere Leser bitten, sich die Tabelle zur Symptomatologie der Affekte, die dort verzeichnet ist, genauer zu betrachten, da sie in grossen Zügen die Physiologie der Haupt-Affekte kennzeichnet, möchten wir heute für die vortreffliche Uebersetzung hauptsächlich das Interesse geweckt sehen. Wir erachten eine solche im Allgemeinen nur dann als gelungen, wenn sie sich so liest, als wie ein in der Muttersprache geschriebenes Werk. Und das ist hier der Fall — von fremdländischen Redewendungen, Satzbildungen etc. findet man nichts; flott und leicht fliesst der Periodenbau und es ist ein wahres Vergnügen, die geistreichen Auseinandersetzungen des dani-

achen Gelehrten in *dieser* Form wiedergegeben zu sehen. Es sei uns deshalb gestattet, dem Uebersetzer hier den Dank für seine Mühe-waltung auszusprechen, denn in der Originalsprache wäre es wohl wenigen von uns möglich gewesen, das bedeutsame Werkchen zu studiren. Und bedeutsam ist dieser Versuch, die Affekte als rein vasomotorische Erscheinungen hinzustellen nach jeder Richtung hin. Wir glauben, dass in dieser Weise die Physiologie und Pathologie der Affekte noch nicht angegriffen ist. Versäume es daher Niemand das Werkchen zu lesen, wir versprechen ihm Anregung und Belehrung in Hülle und Fülle. Als Beispiel für die Sprache des Verf.'s und des Uebersetzers greife ich ein Paar Sätze heraus: „Es ist das vasomotorische System, dem wir die ganze emotionelle Seite unseres Seelenlebens, unsere Freuden und Leiden, unsere glücklichen und unglücklichen Stunden zu danken haben; hätten die unsere Sinne betreffenden Eindrücke nicht die Kraft, dasselbe in Action zu versetzen, so würden wir theilnahmslos und leidenschaftslos durch das Leben wandern, alle Eindrücke aus der Aussenwelt würden nur unsere Erfahrung bereichern, unser Wissen vermehren, uns aber weder zur Freude noch zum Zorn wecken, uns in Kummer oder Furcht beugen“.

Goldstein.

164) Tronoff: Ueber Epilepsie. (Kowalewsky's Archiv psychiatrii 1888.)

Verf. beschäftigt sich mit der Frage von Simulation der Epilepsie. Dieselbe kommt in den Militär-Irrenanstalten Russlands ziemlich häufig vor. So waren unter 14 zur Untersuchung zugesandten nur 1 Epileptiker, 11 stellten sich als Simulanten heraus, bei 3en war die Untersuchung noch nicht zu Ende. In einer zweiten Kategorie von 12 Soldaten die bereits im Dienst waren und zur Untersuchung auf angebliche Epilepsie zugesandt waren, wurden 4 als Kranke, 8 als Simulanten erklärt. Verf. giebt folgende Merkmale zur Unterscheidung an.

Wirkliche Epileptiker bekommen ihre Anfälle zu jeder Tageszeit und an jeder Stelle, Simulanten wählen sich die Nachtzeit und womöglich bereiten sie sich eine bequeme Stelle, um beim Fallen sich keine Verletzung zuzuziehen. Ferner unterscheidet Verf. 2 Kategorien: 1. Epilepsie vom jüngsten Kindesalter zumeist mit Degenerationszeichen (Kopfmissbildungen, Facialispapese, Hemianästhesie, Verunstaltung der Ohr läppchen u. s. w.) 2. Epilepsie in Folge von Schreck und moralischer Einflüsse — subcorticale E. Als Symptome eines wahren epileptischen Anfalls werden bezeichnet: plötzliche Bewusstlosigkeit und 3 folgende Perioden: 1. allgemeiner tonischer Krampf mit Aufhebung der Athmung und des Pulses, Pupillenverengung. 2. allgemeine klonische Zuckungen, Respiration und Puls beschleunigt, Mydriasis, Cyanose des Gesichts, Rasseln im Rachen und Schaum vor dem Munde, 3. allgemeine Schwäche, Schweiß und Schlaf, wobei gewöhnlich die Temperatur auf 38° steigt; dieselbe muss im Anus gemessen werden. In den ersten 2 Perioden besteht Anästhesie und Aufhebung der Reflexe.

A. Rosenthal.

165) **Ch. Féré** (Paris): Bâillements chez un épileptique. (Gähnen bei einem Epileptiker.)

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Paris Nro. 14. 1888.)

Das Gähnen ist bekanntlich ein bei Verdauungsstörungen, bei schweren Nervenleiden und Geisteskrankheiten, vorzüglich solchen depressiver Natur, nicht selten vorkommendes Symptom. Bei Epilepsie sieht man es öfters den Anfällen vorausgehen. Selten aber sieht man es in einer fast constanten Weise in den Zwischenräumen der Paroxysmen auftreten, wie Féré dies bei einem 23 jährigen Epileptiker beobachten konnte. Fast zu jeder Tagesstunde, zumal, wenn man ihn ruhig bleiben hiess, sah man den Pat. gähnen, dasselbe wiederholt sich sehr häufig, wohl mehr als 20 Mal in einer halben Stunde; zuweilen hält es einige Zeit fast ununterbrochen an. Féré nahm nun mit dem Marey'schen Pneumographen eine Anzahl Curven auf, welche die verschiedene Form der Dilatation und Retraction des Thorax beim Gähnen deutlich hervortreten lassen, die übrigens im Original nachgesehen werden müssen.

Strausschaid.

166) **D. F. Kinnier** (New-York): Epilepsie associated with insanity. (Epilepsie und Geistesströrung.) (The Medic. Rec. 11. August 1888.)

Fall von Epilepsie mit Anfällen epileptischer Manie, die einmal dem Ausbruche epileptischer Krämpfe unmittelbar vorhergehen, ein anderes Mal unabhängig von diesen auftreten. — Verf. glaubt nach vielfachen eigenen Beobachtungen zu der Ansicht berechtigt zu sein, dass beim Ausbruche eines epileptischen Anfalles eine Drehung des Pat. nach der Seite stattfinde, nach welcher sich ihm die Umgebung zu Drehen scheint, und ferner, dass die ersten tonischen Krämpfe in demjenigen Mundwinkel oder derjenigen Hand auftreten, gegen welche jene rotirende Bewegung gerichtet ist.

Voigt.

167) **Savage** (London): Two cases of insanity depending on syphilitic disease of the arteries. (Zwei Fälle von Psychosen nach syphilitischer Arterien-Erkrankung.) (Brain 1888 Nro. 41.)

Im ersten Falle handelt es sich um einen schwer belasteten mit 17 Jahre syphilitisch infectirten Mann, der nach langen fortgesetzten Excessen aller Art 1885 eine Attacke mit nachfolgender Hemiplegie und Aphasie hatte. 1887 bestanden von diesen Störungen nur noch „Defecte“ der Sprache, um diese Zeit trat rasch fortschreitende Verblödung ein; Ende December apoplectiformer Anfall ohne Bewusstseinsverlust, mit nachfolgender Anaesthesie und Temperatur-Verminderung der linken Seite; Tod am 5. Januar 1888, nachdem noch conjungirte Abweichung der Augen nach rechts, Parese des linken Armes, Ekchymosen der l. Conjunctiva und einige Cloni der l. Körperhälfte beobachtet worden waren.

Section. Obliterirende, luetische Endarteritis obliterans einiger Zweige der Art. foss. Sylv., bohnergrosser Erweichungsherd älteren Datums im Verlauf der inneren Kapsel hart am Aussenrande des l.

Schwanzkerns, und ein frischerer Erweichungsherd am frontalen Ende des r. Nucl. caudatus.

Im zweiten Fall handelt es sich um eine classische Paralyse, die nach 13 Monaten in einem apoplectiformen Anfall zum Tode führte. Ein halbes Jahr vor dem Tode war eine dreimonatliche Remission eingetreten, in der Patient eine Reise machte und noch im Stande war, eine ausgezeichnete Predigt zu halten. Infection mit Lues während der Studienzeit.

Section ergab neben dem gewöhnlichen Befunde der Paralyse eineluetische Affection der r. art. vertebr., und der art. basilaris; letztere war fast ganz ungewiss. K.

168) de Craene (Gent): Paralyse générale d'origine syphilitique, rémission complète persistante. (Fall von Paralyse nach Syphilis, anhaltende totale Remission). (Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique 1888 Nro. 50.)

Ein 40 jähriger Kaufmann, der in jeder Richtung stark excedit hat, kommt nach einjähriger Krankheitsdauer mit vorgeschrittenen Lähmungserscheinungen, tiefer Demenz und blühenden Grössenideen in die Behandlung C.'s. Der Kranke nimmt in 2½ Monaten 50 Gramm Jodkalium und etwa 1 Gramm Hydragyr. bijod. und ist nach Ablauf dieser Zeit frei von Grössenideen, bei ziemlich gutem Gedächtniss, deutlicher Sprache und geringfügigen coordinatorischen Störungen.

Unter fortgesetzten kleinen Joddosen und roborirender Diät ist der Patient nach 11 Monaten bis auf mässigen Schwachsinn und etwas zögernden Bewegungen anscheinend ganz geheilt; die Besserung dauert noch an.

In den ersten Monaten verschwand eine Ulceration der Zunge und Lymphdrüsenanschwellungen am Halse. Syphilitische Infection vor 10 Jahren.

Die Remission dauert noch fort.

K.

169) Bullen (West Riding): On a case of locomotor ataxia followed by general paralysis of the insane. (Fall von Paralyse nach Tabes.) (Brain 1888 Nro. 41.)

Der für den Fall gewählte Titel trifft insoweit nicht zu, als die Krankheit mit einem apoplectiformen Anfall und nachfolgender kurzdauernder Hemiplegie einsetzt, drei Wochen später Symptome maniakalischer Erregung und echt paralytischer Grössenideen zeigt, während im weiteren Verlauf der Krankheit deutliche Symptome von Tabes auftraten, und die Section ausgedehnte degenerative und sklerotische Processe in verschiedenen spinalen Bahnen nachwies.

Der Fall betrifft einen 24 jährigen, erblich schwer belasteten Potator; der Tod erfolgte nach einer langen Reihe schwerer epileptiformer Anfälle 2½ Jahre nach der initialen Hémiplegie. Von tabetischen Symptomen waren während des ganzen Krankheitsverlaufs ataktischer Gang, lancinirende Schmerzen und gastrische Crisen besonders deutlich ausgeprägt.

Die Hinterstränge des Rückenmarks waren in ihrer ganzen Ausdehnung degenerirt, vollkommen degenerirt war die aufsteigende Quintuswurzel; die graue Substanz der linken Vorderhörner ist besonders im Dorsal- und Cervical-Mark reich an degenerirten Ganglienzellen, ebenso in der Medulla die Clarke'sche Säule und der Vagus Kern, höher aufwärts auch die Zellen des 1. Oculomotorius. Die Arterien sind im ganzen Rückenmark verdickt und dilatirt, so dass einzelne Regionen siebartig durchlöchert erscheinen; besonders die Adventitia ist durch Infiltration stark verdickt, im Dorsalmark sind in die Adventitia grosse, nicht färbbare, blasse granuläre Körper von ovoider Form eingelagert; ähnliche Veränderungen finden sich in den Rindengefässen, und der Autor lässt es dahingestellt, ob in diesem Falle Tabes und Paralyse eine gemeinsame Quelle in den Gefässerkrankungen haben, oder ob es sich um eine tabetische Psychose handle. Kurella.

170) **Marandon de Montyel** (Ville-Evrard): Du Mal Perforant dans la Paralyse Générale Progressive. (Nelaton'sche Fussgeschwüre bei Paralyse.) (L'Encephale 1888 Nro. 3.)

M. giebt 10 Fälle von mal perforant du pied, von denen er 5 im Jahre 1887 selbst in seiner Anstalt beobachtet hat. Einen Fall davon scheidet er als zweifelhaft aus, (hier war nach 8 monatlicher Dauer der Affection der Calcaneus vollkommen freigelegt) weil mehrere Jahre vor Beginn der Paralyse, Tabes bestanden hatte. Von den 4 übrigen Fällen betrafen 4 Alkoholisten was bei dem mal perf. der Tabetiker ebenfalls häufig vorkommt. Wie Christian, aus dessen Dissertation M. 2 seiner übrigen Fälle genommen hat, glaubt er, dass das m. p. Remissionen bei Paralyse begünstigt, und dass wohl häufig bei Paralyse vorkommt, in der Regel aber wegen der fehlenden Schmerzen und wegen seines versteckten Sitzes übersehen wird.

K.

171) **S. Venturi**: Nuove osservazioni di pazzia transitoria. (Neue Beobachtungen über transitorische Psychosen.)

(Archivio italiano per le malattie nervose. Fascicolo V. 1888.)

Verf. giebt in diesem Aufsätze eine Ergänzung zu der grösseren, pag. 709 des vorigen Jahrgangs dieses Centralblattes referirten Arbeit über die transitorischen Geistesstörungen. Konnte er früher nur 2 Fälle aus Biffi's Beobachtung zur Aufstellung des Krankheitsbildes der transitorischen Melancholie benutzen, so vermag er dieses nun durch eine eigne Beobachtung zu ergänzen und zu stützen.

Ein in der Nähe der Irrenanstalt wohnender Metzger, der aus durchaus gesunder Familie stammte und bis dahin selbst gesund gewesen war, erkrankte nach einer geringen Verdriesslichkeit, als er sich Abends nach gethaner Arbeit zu Bette legen wollte, plötzlich mit dem Gefühl heftiger Angst. Er glaubte geschlagen zu werden, hatte Furcht vor allem, schreckhafte Visionen, Neigung zum Selbstmord und zur Flucht; sein Gesicht war schmerzlich verzogen. Die Umge-

bung wurde ganz verkannt. Nach der Ueberführung in die Irrenanstalt erhielt er eine Morphiumeinspritzung, worauf er etwas ruhiger wurde und nach 3 Stunden 6 Stunden nach Beginn des Anfalls einschlief. Als er erwachte, war er wieder klar, hatte aber für die Zeit seiner Erkrankung nur eine sehr getrübtte Erinnerung. Pat. blieb später völlig gesund wie zuvor. Während des Anfalls wurde keinerlei Congestion des Gesichtes oder Pulserhöhung beobachtet; letzterer war zur Zeit der höchsten Angst nur 73 in der Min. Es entspricht dies übrigens auch den Beobachtungen von Biffi. Strauscheid.

IV. Aus den Akademien und Vereinen.

I. Académie de Médecine zu Paris.

Sitzung vom 20. 27. November und 4. December 1888. (*Le Progrès médical* 1888. Nro 47. 48. 49.)

172) **M. A. Guérin** macht eine Mittheilung *über die Natur und den Ursprung des Tetanus*. Es giebt Fälle von traumatischem Tetanus durch Inoculation, aber es ist nicht sicher, ob diese Inoculation durch Microorganismen sich vollzieht. Die Thatsache, dass Tetanus trotz Filtrirung der Luft durch Watte entstehen kann, spricht dafür, dass das inficirende Agens kein Microbe ist, der durch die Luft verbreitet wird; der unwirksame Schutz, den der Listersche Verband gegen diese Infection gewährt, beweist, dass das inficirende Agens gegen Carbol-säure und andere antiseptische Substanzen sehr widerstandsfähig ist. G. neigt zu der Ansicht, dass der Tetanus durch ein dem Strychnin oder dem Brieger'schen Toxin analoges Gift hervorgebracht wird, und eine acute partielle Myelitis auf septischer Grundlage darstelle.

173) **Desnos** berichtet *über einen Fall von rapide sich entwickelnder Muskelatrophie der 4 Extremitäten in der Schwangerschaft* der sich an unstillbares Erbrechen anschloss. Es handelte sich um eine durch eine haemorrhagische Metritis sehr anaemisch gewordene Frau, die im Februar 1887 schwanger wurde und die in Folge von unstillbarem Erbrechen in den ersten Monaten der Schwangerschaft auf's Aeusserste abmagerte und grosse Schwäche zeigte. Im 5. Monat Lähmung der unteren Extremitäten mit Verlust der Reflex und der Sensibilität; die Faradisation brachte keine Contraction hervor, die Muskelmassen waren an einzelnen Stellen fast ganz geschwunden. Vier Tage darauf unter Ameisenkriechen Lähmung der oberen Extremitäten doch in geringerem Grade als die der unteren.

Die Contractilität war nur theilweise aufgehoben, die cutane Sensibilität sowie die electriche Erregbarkeit der Muskeln erhalten. Am 13. Juli künstliche Frühgeburt. Von diesem Zeitpunkte ab trat eine schnelle Besserung ein, doch blieb die Atrophie stationär; die Contractilität war sehr herabgesetzt, doch bestand keine Entartungsreaction. Im December hatte die Besserung weitere Fortschritte gemacht und ist dann unter geeigneter Medication und Landaufenthalt eine völlige Genesung eingetreten.

Was die Ursache dieser Erkrankung betrifft, so scheint es D. am Wahrscheinlichsten, dass es sich entweder um eine parenchymatöse allgemeine Neuritis oder um eine Erkrankung der Vorderhörner auf peripherer Grundlage gehandelt habe. Holtermann.

II. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 24. November., 1. und 8. December 1888. (Le Progrès médical 1888. Nro. 48. 49. 50.)

174) **Richet et Langlois** haben Versuche angestellt über den Einfluss des Chloralhydrates auf die Widerstandskraft der respiratorischen Centren und gefunden, dass dieselbe bei mit Chloral behandelten Thieren bedeutend abgeschwächt ist. Die Asphyxie tritt bei bedeutend schwächerem Druck auf, sobald die Thiere Inhalationen von Chloral unterworfen waren, eine Erscheinung die nicht auf Muskelermüdung in Folge der Anstrengungen, den Druck zu überwinden, zurückzuführen ist.

175) **Féré** berichtet über den Einfluss epileptischer Anfälle auf die Ausscheidung medicamentöser Substanzen. Er liess seine Kranken Natron salicylicum oder Kalium jodatum einnehmen und konnte constatiren durch chemische Analysen, dass die Ausscheidung um so schneller stattfand als das Ende des Anfalls näher rückte. Drei Stunden nach dem Anfall war von diesem Einflusse Nichts mehr wahrzunehmen. Es würde demnach im Moment, wo der Anfall auftritt, ein Sinken des Drucks in den Nierengefässen statthaben analog dem, den F. unter gleichen Bedingungen in den peripheren Gefässen nachgewiesen hat.

176) **Féré et Vignes** legen dar nach Betonung der Häufigkeit des Astigmatismus bei Epileptikern, dass diese Sehstörung mit anderen Missbildungen des Auges bei besagten Individuen zusammentreffe. Brown-Séquard entgegnet, dass der Astigmatismus, zu dessen Entstehen eine wenig verlängerte Contraction der Augenmuskeln genüge in diesen Fällen durch Muskelconvulsionen, die im Zusammenhang mit der Epilepsie ständen, sich erkläre. Dupuis tritt der Ansicht von Br. S. bei und bemerkt noch, dass der Astigmatismus der Epileptiker sehr häufig nur temporär vorhanden sei.

177) **Frank** spricht über den vasomotorischen Effect von Reizungen der Nasenschleimhaut und bemerkt, dass Reizungen der Nasenschleimhaut Röthung des Gesichtes derselben Seite oder auch der entgegengesetzten Seite zu Stande bringe. Es handelt sich hier um gefässerweiternde Einflüsse, die sich mit dem Manometer als ein Sinken des Druckes in der betreffenden Carotis nachweisen lassen. Die Nervenleitung geschieht durch die Zweige des Trigeminus, den Ramus ethmoidalis eingeschlossen.

Brown-Séquard bemerkt dazu, dass viele Menschen niesen, sobald man sie in helles Licht blicken lässt, und stellt die Frage, ob in diesen Fällen das Licht auf die Ciliarnerven oder direct auf die Nervenschleimhaut wirke? Frank meint, dass das Licht auf die Ciliarnerven wirke.

Chouppé hat beobachtet, dass man bei mit Strychnin vergifteten Thieren, bevor eine Convulsion auftritt, einen heftigen Anfall von Strychninkrämpfen und den Tod selbst hervorrufen kann durch einfache Reizung der Mucosa der Nase. Ausserdem sah er bei einem an Tetanus erkrankten Individuum, dass die ganze regelrechte Anwendung des Chloroforms in einem tetanischen Anfall den Tod unmittelbar zur Folge hatte.

178) Gley fand, dass die Reizung des centralen Stumpfes des durchschnittenen Ischiadicus gewöhnlich eine *reflectorische Secretion der Glandula submaxilaris* zur Folge hat, der Effect aber nicht eintritt, sobald die Dfise sei es durch Anwendung von Pilocarpin oder durch Reizung der Chorda tympani sich in Hypersecretion befindet. Sobald die Hypersecretion aufgehört hat, hat die Reizung des Ischiadicus wieder den erwähnten Erfolg.

Holtermann.

III. Société médicale des Hopitaux zu Paris.

Sitzung vom 23. November 14. December 1888. (Le Progrès médical 1888. Nro. 48. 51.)

179) Féréol erinnert an eine Arbeit von Glénard (Lyon) die er vor ungefähr zwei Jahren unter dem Titel *Enteroptose et Neurasthenie* verlesen und in welcher G. verschiedene neuropathische Zustände als Folge einer Aenderung der statischen Verhältnisse der Eingeweide hinstellte. Unter verschiedenen Einflüssen, — namentlich aber der Schwangerschaft — senkt sich das Knie des Colon ascendens an seiner Vereinigungsstelle mit dem Colon transversum; letzteres stellt sich dadurch schief zum Abdomen, verursacht Zerrungen des Magens und comprimirt die Schlingen des Dünndarms, die wieder die Arteria meseraica in Mitleidenschaft ziehen. Letztere in die Peritonealfalte gebüllt bildet dann einen Strang, der das Duodenum comprimirt; Folgeerscheinungen sind dann Dilatation des Duodenum, des Magens, mit allen Consequenzen, Congestion der Leber, abnorme Beweglichkeit der Nieren und zuweilen selbst Deviationen des Uterus. Die Diagnose dieser Zustände ist nach beiden Autoren sicher, sobald bei neuropathischen Individuen absolute Intoleranz für Milch, Schlaflosigkeit zwischen 2 und 4 Uhr Morgens und allgemeines Unbehagen sich constatiren lassen und zu diesen Symptomen noch ein Gefühl von Schwere im Magen, Schwindelgefühl und Neigung zu Ohnmachten kommt, wenn die Kranke sich im Bette auf die rechte Seite legen. Die Therapie dieser Zustände besteht neben einem diätetischem Beginnen namentlich in der Anlegung einer für diese Zweck eigens construirten Binde deren Zweck darin besteht, die aus ihrer normalen Lage gebrachten Baueingeweide zurückzuhalten.

180) Joffroy beobachtete in 7 Fällen das gleichzeitige Auftreten von Symptomen der *Tabes und des Morbus Basedowii* bei demselben Individuum — es waren sämmtlich Frauen. — Waren die Erscheinungen des M. B. typisch, musste man eine Coincidenz beider Erkrankungen

annehmen; handelt es sich dagegen um fruste Formen mit Tachycardie und geringem Exophthalmus, so lassen sich diese Symptome mit der *Tabes* in Verbindung bringen, eine Neuritis des *Vagus* erklärt die Tachycardie.

Barié hat gleiche Beobachtungen gemacht, er bezieht jedoch alle Symptome von *M. B.*, die bei Tabetikern vorkommen auf die letztere Erkrankung und zwar auf Läsionen des Bulbus und Pons — und stellt sie andern Störungen bulbären Ursprungs gleich, die bei *Tabes* beobachtet werden, wie Ménière'scher Schwindel, Geschmacksstörungen, Neuralgien des Trigeminus etc. Die dem *M. B.* ähnlichen Erscheinungen sind zuweilen die erste Manifestation der *Tabes*, sie sind heilbar, wenn sie im congestiven Stadium, unheilbar, wenn sie in der Entwicklung der Sclerose auftreten.

Holtermann.

Sitzung v. 11. Jan. 1889. (Union médicale Nro. 7.)

181) Debove theilt zwei Fälle von *gastrischen Krisen ohne Existenz von Hinterstrangsklerose* mit. Der eine Patient erlitt 1880 eine Quetschung des thorax mit Bewusstseinsverlust, aber ohne Fractur. Zwei Jahre später gastrische Krisen, deren Intervalle unbedeutende Magenstörungen und eine gewisse Schwäche ausfüllten (traumatische Neurasthenie). Jede Krise tritt etwa 4 Mal im Jahre auf, ist von 3 bis 6 Tagen Dauer, zeigt heftigsten Schmerz in der Gegend des Pylorus der zwischen die Schultern irradiirt, Erbrechen von Speisen, galligen und schleimigen Massen. Der Leib eingezogen, absolute Verstopfung cyanotisches Gesicht, erlöschende Stimme, Krämpfe in den Gliedmassen. Vorhandensein der Sehnenreflexe seit 4 Jahren. Debove schliesst Magenkrebs und Geschwüre, Nieren- und Lebercoliken aus und stellt die Hypothese einer Neuralgie des Magens, welche den *Vagus* oder *Sympathicus* betrifft auf. Die choleraartigen Erscheinungen (Cyanose, Krämpfe, Urinmangel) stehen sichtlich mit Wasserverlust in Verbindung wie bei der Cholera; aber dieser Wasserverlust kommt hier durch das Erbrechen und nicht durch Darmentleerung zu Stande.

Rohden.

IV. Société de médecine zu Paris.

Sitzung vom 22. Dec. 1888. (Union médicale Nro. 6.)

182) Rougon kommt nach Mittheilung eines Falles von *Tabes „syphilitischen Ursprungs“* zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist nicht zu bestreiten, dass der Pat. früher syphilitisch war.
2. die spezifische Behandlung hat in diesem Falle, keinen Einfluss auf die Symptome der *Tabes* gehabt.
4. Ich habe 4 Fälle von *Tabes* lange genau beobachtet; nur bei dem einen war in der Antecedentien Syphilis.
5. Es giebt klinisch bis jetzt kein Symptom, welches die *Tabes syphilitischen Ursprungs* und die gewöhnliche *Tabes* unterscheidet.

183) Tissier theilt einen Fall eines „atactischen“ Schauspielers mit, der syphilitisch gewesen, zwei Jahre nach Beginn seines Leidens energisch antiluetisch behandelt, seinen Beruf wieder aufnehmen konnte. Die Heilung scheint fortzubestehen. Rohden.

V. Tagesgeschichte.

1. Der alle 3 Jahre zusammentrende *Congress der italienischen Irrendrzte* wird im September dieses Jahres in Novara tagen. Es sollen über 4 auf dem letzten Congress zu Siena bestimmte Themata von bestimmten Commissionen Berichte abgefasst werden, die vorher veröffentlicht werden und zum Ausgangspunkte der Discussionen dienen sollen. Die Themata sind: 1. *Criteria für Feststellung der Differentialdiagnose der degenerativen Zustände*. Commission: Seppilli, Frigerio, Tonnini. 2. *Sichere Criteria zur Beurtheilung der Simulation von Geisteskrankheiten*. Commission: Gonzales, Angelucci, Venturi. 3. *Die Psychologie im Verhältniss zu unseren genauesten Kenntnissen der Gehirnanatomie und -Physiologie*. Commission: G. B. Verga, Tanzi, Bianchi. 4. *Anwendung der Suggestiotherapie auf die Geisteskrankheiten mit spec. Berücksichtigung der Fragen: a) ob ernstlich eine Suggestivbehandlung bei der Heilung der Geisteskrankheiten in Betracht kommen kann, b) ob eine solche nur vermittelst Hypnotismus oder auch ohne diesen durchführbar ist, c) welches die Methoden, Grenzen, Indicationen Vorsichtsmassregeln bei einer solchen Therapie sein müssen*. Commission: Funajoli, Bianchi, Seppilli.

2. Bei Gelegenheit der diesjährigen Weltausstellung soll in Paris vom 19. bis 24. August ein *internationaler psychiatrischer Congress* abgehalten werden. Es sollen daselbst zunächst die vom Comité vorgeschlagenen Fragen discutirt werden, deren Bearbeitung im Mai in den *Annales médico-psychologiques* veröffentlicht werden sollen. Die Themata sind: 1. *Impulsives Irresein* (obsessions avec conscience intellectuelles, émotionnelles et instructives). Referent: Falret. 2. *Vergleich der Gesetzgebungen über Unterbringung der Geisteskranken in privaten und öffentlichen Specialanstalten*. Referent: Ball. 3. *Ueber die Verantwortlichkeit der Alcoholiker*. Referent: Motet. Die Anzeige anderweitiger Vorträge wird bis zum 15. Juli erbeten.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten, das Abonnement auf das II. Quartal 1889 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrestrasse 23).

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. April 1889.

Nro. 7.

Inhalt.

- I. Originalien.** I. Ueber eine durch ihre Aetiologie bemerkenswerthe isolirte periphere Lähmung des N. suprascapularis dexter. Von Prof. M. Bernhardt in Berlin.
II. Hyocin bei Geisteskranken. Von Dr. Otto Klinko, Volontärarzt an der Prov.-Irrenheilanstalt zu Leubus.
- II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.**
 1. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Von Dr. König in Daldorf.
Mittenzweig: Subdurale Blutung aus abnorm verlaufenden Gehirnenen.
Sperling: Fall von progressiver Muskelatrophie (juvenile Form).
 2. Verein für innere Medicin in Berlin. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.
Hirschberg: Pulsirender Exophthalmus.
Klemperer: Gehirnembolie durch Herzthromben.
 3. Berliner Medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.
Löwenthal: Athetose der rechten Hand.
Patschkowski: Magenperforation bei Carinom und syphil. Tabes.
 4. Jahresactus der Universität Kasan 1888.
Bechterew: Das Bewusstsein und seine Grenzen. (Autorreferat.)
- III. Referate und Kritiken.** Vanlair: Experimentelle Untersuchungen über Myoclonie. Rémond: Scapulo-humerale Amyotrophie. Wilson: Gehirngumma. Schädel: Ischia scoliotica. Boynton-See: Handreflex. Booth: Progressive Muskelatrophie mit Anaesthesie. Starr: Apraxie und Apnasie. Williams: Shok. Matthews: Rectalneuralgien. Journée: Hystero-traumatische Monoplegie durch Suggestion geheilt. Babcock: Lepa nervorum. Gilles de la Tourette: Suspension bei Tabes. Brush: Schlaflosigkeit. Coussot: Idiotie mit Myxoedem. Febvre: Tuberculose und Alkoholpsychose. Handford: Paralyse der Irren. Pope: Heilung chronischer Geisteskrankheit. Courtenay: Fremdkörper im Oesophagus. Tullio: Zwangsvorstellungen als geistige Störungen der Neurosthenie. Jenner: Aus der forens. Psychiatrie. Crothers: Dürfen Trunksüchtige wegen Verbrechen mit dem Tode bestraft werden?
- IV. Aus den Academiën und Vereinen.**
 - I. Société de médecine de Paris.
Discussion über den Zusammenhang von Tabes und Syphilis.
 - II. Société de médecine de Paris.
Ballet: Basedow'sche Krankheit und Hinterstrangecleiose.
- V. Bücher-Anzeigen.**

I. Originalien.

I.

Ueber eine durch ihre Aetiologie bemerkenswerthe isolirte periphere Lähmung des N. suprascapularis dexter.

Von Prof. M. BERNHARDT.

Am 20. Februar dieses Jahres stellte sich mir der 46 jährige Arbeiter W. zum ersten Male vor. Er klagte über Schmerzen

in der rechten Schulter und Unfähigkeit, den rechten Arm wie früher zu schwereren Arbeiten benutzen zu können. Patient war Ausgangs August 1888 von einer Höhe von etwa 3 Meter kopfüber nach abwärts gestürzt und hatte dabei, um den Kopf vor dem Anprall zu schützen, beide Arme gerade vor sich ausgestreckt gehalten. Auf diese bezw. die ausgebreiteten Hände und hier speciell auf die rechte war er gefallen und hatte sich so eine durch Anschwellung und Schmerz gekennzeichnete Contusion der rechten Schulter zugezogen, wegen deren er eine ganze Woche lang Eisumschläge zu machen hatte.

Eine Fraktur oder Luxation war nicht vorhanden gewesen. Noch heute treten bei stärkerem Gebrauch des rechten Armes Schmerzen im rechten Schultergelenk auf: auch fühlt die aufgelegte Hand noch jetzt deutliches Knarren bei ausgiebigeren Bewegungen. Dabei werden aber alle Bewegungen frei und scheinbar leicht ausgeführt: der ganze Arm kann sowohl in frontaler, wie in sagittaler Richtung nicht nur bis zur Horizontalen sondern auch bis zur Vertikalen erhoben werden. Beim Anblick von vorn ist nichts Abnormes in Bezug auf Stellung oder Configuration der rechten Schulter zu bemerken. Bewegungen in Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenken vollkommen frei: keine Andeutung atrophischer Zustände, auch nicht im m. deltoideus. Bei der Betrachtung des Kranken von hinten fällt sofort eine sowohl in der *fossa supraspinata* wie *infraspinata* deutlichst ausgeprägte Einsenkung auf, in auffallendem Gegensatz zu der linken Seite, an der die oberhalb und unterhalb der Schultergräte liegenden Gruben durch normale Muskulatur ausgefüllt sind. In Bezug auf die Stellung der Schulterblätter zu einander oder zur Wirbelsäule bestehen keine Differenzen: ihre Hebung oder Annäherung an die Wirbelsäule lässt zwischen rechts und links keinen Unterschied erkennen: bei Erhebung des rechten Arms zur Vertikalen macht das rechte Schulterblatt in normaler Weise seine Verschiebung nach vorn und aussen (Intaktheit des m. serratus anticus maior.). Einwärtsrollen des rechten Arms normal: auch das Auswärtsrollen kommt zu Stande; immerhin (an dem dieser Bewegung entgegen zu setzenden Widerstand geprüft) kraftloser, als es links der Fall ist. Deutlich sieht man dabei die Contouren des m. teres minor hervortreten, während (auch beim Zutasten) eine Muskelzusammenziehung auf der unteren Schulterblattgrube (m. infraspinatus), wieder im deutlichsten Gegensatz zu links, nicht zu fühlen ist.

Vom Erb'schen Punkt in der Oberschlüsselbeingrube aus kommen links wie rechts mit beiden Stromesarten die Contraktionen der m. m. delt., biceps, supin. longus bei gleicher Stromstärke zu Stande: während man aber links bei Reizung von diesem Punkte aus mit beiden Stromesarten die Muskelbündel namentlich des m. infraspin. sich contrahiren sieht und fühlt, bleiben rechts die atrophischen Muskeln in beiden Gruben in Ruhe, mit der Modifikation, dass sehr starke faradische und galvanische Ströme (unter 12 M. A.) bei direktem Aufsatz einer etwa 10 □-Ctm. grossen Elektrode auf die fossa infraspinata (eine Elektrode von viel grösserem Querschnitt ruht auf dem

Brustbein) schwache, aber blitzartig ablaufende Zuckungen (Ka Sz grösser als ASz) auch rechts bewirken. Die energischen Zuckungen des gesunden rechten m. trapezius verhindern eine genauere Einsicht in das Verhalten des gleichfalls sehr atrophischen m. supraspinatus dexter. Sensibilitätsstörungen im Bereich der Schulter und des Schulterblatts bestehen rechts nicht. Das Heben irgend schwererer Lasten mit der rechten oberen Extremität fällt dem Kranken heute noch schwer:

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass wir es hier mit einer *isolirten peripherischen Lähmung und Atrophie der vom rechten n. suprascapularis* innervirten Muskeln, des m. supraspinatus und infraspinatus, zu thun haben. Seitdem ich, wie ich glaube, als der Erste am 8. März 1886 über diese Lähmungsform gesprochen,¹⁾ sind nur noch von J. Hoffmann²⁾ und neuerdings von Sperling³⁾ (die ausführliche Mittheilung steht zur Zeit noch aus) hierhergehörige Beobachtungen veröffentlicht worden. Ich könnte meine heutige Mittheilung mit dem Hinweis auf meine oben erwähnte Publikation abschliessen, wenn ich nicht hinsichtlich des ätiologischen Moments in diesem meinem zweiten Fall einige Bemerkungen zu machen hätte, die vielleicht von einigem Interesse sind.

Schon im Jahre 1886 machte ich bei der Besprechung des ersten Falles darauf aufmerksam, dass die m. m. supraspinatus und infraspinatus bei den sogenannten Entbindungslähmungen oder der Duchenne-Erb'schen Lähmung Erwachsener mit betheiligt seien. In meiner Arbeit aus dem Jahre 1882⁴⁾ hatte ich die Betheiligung gerade der Schulterblattmuskeln (speciell der vom n. suprascapularis innervirten) bei den Plexuslähmungen *Erwachsener* ganz besonders hervorgehoben und zugleich erwähnt (wie es mein dortiger II. Fall bewies), dass neben neuritischen Prozessen und der Entwicklung von Geschwülsten gerade in dieser Gegend des Halses *äussere* Schädlichkeiten, namentlich Aufschlagen auf die Schulter und dadurch gewaltsam herbeigeführte Adduktion derselben eine, wie zuerst Hoedemaker⁵⁾ nachgewiesen hatte, nicht unwesentliche Rolle spielen. Das durch die starke Adduktion der Schulter gehobene und der Wirbelsäule genäherte Schlüsselbein wird dabei an die Wirbelsäule angepresst, wobei sein mittlerer Theil die proc. transv. des 6.—7. Halswirbels kreuzt (Hoedemaker). Vgl. auch Nonne.⁶⁾

Eine derartige Aetiologie liegt, wie oben mitgetheilt, in der That auch für unseren Fall vor: beim Sturz aus nicht unbedeutender Höhe

1) Erlenmeyer's Centralbl. 1886. Nro. 9.

2) Hoffmann: Neurol. Centralbl. 1888. Nro. 9.

3) Sperling: Ebenda. 1888. Nro. 24. S. 686.

4) Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. IV. März 1882.

5) Ten Cate Hoedemaker: Arch. f. Psychiatrie. Bd. IX. S. 738.

6) M. Nonne: Klinisches und Pathologisch-Anatomisches zur Lehre von der combinirten Schulterarm-Lähmung und der partiellen Entartungsreaktion. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 40. S. 62.

fiel die ganze Last des ziemlich grossen Mannes auf den ausgestreckten rechten Arm (bezw. die Hand) mit dem Erfolg, dass eine noch heute durch Schmerzhaftigkeit und Knarren sich kundgebende traumatische Affektion des rechten Schultergelenks resultirte. Dass hierbei ebenso gut wie bei direktem Fall auf die rechte Schulter jene gewaltsame Adduktion des Schlüsselbeins an die Halswirbelsäule und damit eine Quetschung einzelner Nervenwurzeln zu Stande gekommen, ist mehr als nur wahrscheinlich. Interessant ist nur, dass statt einer *combinirten* Schulter-Armuskellähmung in diesem Fall unter Verschontbleiben jener Stelle, an der die Nerven für den m. delt., brachialis intern., biceps und die Supinatoren zusammenliegen, derjenige Nerv *isolirt* getroffen ist, der als der n. suprascapularis die m. m. supra- und infraspinatus versorgt. Ich sehe in dieser auf so eigenthümliche Art zu Stande gekommenen isolirten Lähmung des n. suprascapularis ein Analogon zu jener Beobachtung, welche ich in *eben diesem Blatte* (1882. Nro. 15) unter dem Titel:

Ueber eine isolirte atrophische Lähmung des linken m. Supinator longus veröffentlicht habe. Dort war es ein die linke fossa suprascapinata treffendes Trauma, welches ziemlich isolirt den für den m. supin. long. bestimmten Nervenast von den dort für die verschiedenen Muskeln des Armes bestimmten Wurzelfasern getroffen hatte, in *diesem* Falle ist es der n. suprascapularis, der allein durch das Trauma wesentlich geschädigt wurde.

Ich will diese kurze Mittheilung nicht schliessen, ohne einer in jüngster Zeit von F. Schultze veröffentlichten Notiz zu gedenken, in der dieser Autor eine bei einem 2jährigen Mädchen constatirte, seit der Geburt bestehende (Entbindungs-) Lähmung (Typus Duchenne-Erb) möglicherweise darauf zurückführt, dass bei den Versuchen, das Kind trotz nicht gelösten Arms zu extrahiren, die Clavikel bei erhobenem und hinter den Kopf zurückgeschlagenem Arme stark gegen den Erb'schen Punkt gedrängt wurde. Der m. infraspinatus war auch in diesem Falle gelähmt. (Arch. f. Gynäcol. 1888. Bd. 32. Heft 3. S. 410.)

II.

Hyoscin bei Geisteskranken.

Von Dr. OTTO KLINKE,

Volontärarzt an der Prov.-Irrenheilanstalt zu Leubus.

Das bereits 1882 von Gnauck¹⁾ in die Psychiatrie eingeführte und empfohlene Hyoscin hat erst in den letzten Jahren auf dem Umwege über Amerika bei uns allgemeinen Eingang gefunden. In Amerika waren es namentlich Wood²⁾ und Wethevil³⁾, die im Jahre 1885 ihre Erfahrungen publicirten und auf Grund ihrer günstigen Empfehlungen wurde das neue Mittel bald in weiteren Kreisen in Anwendung

¹⁾ Die Zahlen beziehen sich auf die am Schlusse angegebene Literatur.

gezogen. Wurde es von zahlreichen Seiten her enthusiastisch begrüsst und gelobt^{4) 5)}, so wurden doch bald verschiedene Stimmen dagegen laut, die seine unangenehme Wirkungen hervorhoben^{6) 7) 8)}, oder ihm jeglichen Werth, speciell als Hypnoticum^{9) 10)} absprechen. In Deutschland fand es erst allgemeine Anwendung nach den Publicationen von Sohrt und Kobert 1886¹¹⁾ und Erb¹²⁾ 1887, der alle drei Salze, indessen nicht bei Geisteskranken, in Anwendung zog. Die ersten Berichte über die therapeutische Anwendung bei Geisteskranken in Deutschland datiren erst wieder aus dem Jahre 1887 und in rascher Folge erschienen jetzt 1888 Mittheilungen und Dissertationen aus deutschen, österreichischen und ungarischen Irrenanstalten. Während in Amerika fast nur das bromwasserstoffsäure Salz angewendet wurde, beschäftigen sich die meisten in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten nur mit dem chlorwasserstoffsäuren Präparat. Die meisten Resultate lauten äusserst günstig und nur von wenigen Seiten wurden die unangenehmen Nebenwirkungen betont und zur Vorsicht gemahnt.

Bei unsern Kranken kam ausschliesslich das Hyoscin. hydrojodicum in Anwendung und ich will nun in folgendem über die Resultate berichten, die wir mit dem Mittel in den Jahren 1887, 1888 und im Anfang dieses Jahres in unserer Heilanstalt erhalten haben.

Wir bezogen das Präparat von Merck in Darmstadt und bereiteten uns die Lösungen im Verhältniss von 1 : 100 selbst, jedoch nur stets kleinere Quante, da die Lösungen sich bei längerem Stehen leicht trüben. Angewendet wurde das Präparat theils subcutan, theils innerlich. Die subcutane Injection veranlasst ausser einem leichten, sich bald verlierenden Brennen an der Einstichstelle keinerlei Reaction, nur bleibt die betreffende Stelle etwa nach 24 Stunden etwas empfindlich. Ohne besonderes Vehikel genommen bringt die Lösung auf der Zunge einen leicht bitteren Geschmack hervor, der indessen bei reichlicher Verdünnung oder bei Verabreichung des Mittels in Suppe, Milch oder Schnaps nicht empfunden wird. Es wurde so von den meisten Kranken, ohne dass sie eine Ahnung davon hatten, selbst Monate lang gern genommen; nur einzelne Kranke weigerten sich nach mehrmaligem abendlichen Gebrauch entschieden und verzichteten lieber auf ihre Suppe. Gegen die subcutane Einspritzung weigerten sich heftig nur einige stark verwirrte und aufgeregte Kranke. Die verabreichte Dosis betrug 2 - 2½ mmgr. subc.; innerlich wurde bis 3 mmgr. gegeben. Jedenfalls aber wurde immer erst mit kleinen Dosen begonnen und dieselben allmählich gesteigert.

Die Zahl der verabreichten Gaben betrug 1350, davon subcutan 890, innerlich 460 Dosen. Während auf der Männer-Abtheilung das Mittel ausschliesslich per os verabreicht wurde, wurden auf der Frauen-Abtheilung zum überwiegenden Theil Einspritzungen gemacht und erst in den letzten Monaten das Mittel auch hier, wie jetzt fast ausschliesslich, innerlich gegeben. Die Gesamtzahl der Kranken beläuft sich auf 14 Männer und 55 Frauen und waren darunter 8 Fälle von Melancholie, Manie 17, periodische Manie 2, Paralyse 18, Paranoia 4, hallucinat. Verwirrtheit 10, 1 Erschöpfungspsychose, 3 Blödsinn, Ka-

tationie 5. und ein Fall von Hebephrenie. Im Ganzen berechnet sich die Zahl der wirklichen Erfolge, d. h. der Eintritt eines ruhigen 6—8 stündigen Schlafes auf der Männerabtheilung auf 78⁰/₁₀; absolut ohne Wirkung blieb das Mittel in 5⁰/₁₀ der Fälle; in den übrigen 17⁰/₁₀ trat nur beruhigende Wirkung oder kürzer dauernder, oder öfter unterbrochener Schlaf ein. Auf der Frauenabtheilung wurde ein voller Erfolg nur in 63⁰/₁₀ erreicht, keine Wirkung in 22⁰/₁₀, geringer Schlaf Erfolg oder nur Beruhigung in 15⁰/₁₀; also bei innerlicher Verabreichung bedeutend günstiger, als bei subcutaner, indess auch hier nicht entsprechend den von anderer Seite²¹⁾ gemeldeten günstigen Resultaten.

Von den Anfangs zur Kenntniss der physiologischen Wirkung des Mittels geplanten Thierversuchen musste ich bald aus Mangel an Material Abstand nehmen. Nur bei zwei Kaninchen konnte ich constatiren, dass dieselben selbst bei subc. Injection von je 30 mmgr. ausser Mydriasis, Pulsverlangsamung und leichter Parese der Hinterextremitäten keine Erscheinungen boten^{a)}. Die hypnotische Wirkung des Mittels zur Controlle^{b)} an unseren, das Schlafmittel entbehrenden Reconvalescenten zu prüfen, nahm ich Abstand und war ich, um die Wirkung des Mittels an Gesunden zu prüfen, auf meine eigene Person angewiesen. Ich nahm zunächst das Mittel innerlich in Dosen von 1—2 mgr. Der Puls wurde hierbei nur um wenige Schläge verlangsamt; von unangenehmen Nebenwirkungen empfand ich nur eine leichte Trockenheit im Halse und etwas Kopfschmerz und leichte Benommenheit. Die schlafmachende Wirkung trat gar nicht hervor. Um so heftiger waren indess die Erscheinungen nach subcutaner Injection von $\frac{3}{4}$ mmgr. Der Puls verlangsamte sich von 76 bis auf 52 innerhalb einer Viertelstunde. Nach dieser Zeit hatte ich auch bereits ein Gefühl von Eingenommenheit im Kopfe, Schwere in Armen und Beinen, unsichern schwankenden Gang, Mattigkeit, grosse immer mehr sich steigernde und äusserst lästig empfundene Trockenheit im Munde und Halse, Drücken in den Augen, Mydriasis, motorische Unruhe. Dann begannen allerlei schreckhafte Gesichtshallucinationen und Illusionen, ich erschrak auch vor mir selbst über den veränderten Klang meiner Stimme. Nach etwa $\frac{3}{4}$ Stunden vermochte ich nicht mehr, mich allein vom Stuhle zu erheben, verlor auf Momente völlig das Bewusstsein, das Durstgefühl wurde immer unerträglicher. Noch 4 Stunden dauerte die Unruhe und die Gesichtstäuschungen fort, dann schlief ich ruhig ein. Nach 4 Stunden begann von Neuem die Unruhe und noch den ganzen nächsten Tag war ich matt, abgespannt und empfand Kopfschmerzen. Jedenfalls kann ich die bereits von anderer Seite hervorgehobenen unangenehmen Wirkungen bestätigen^{c)} und möchte sie nur an dieser Stelle nochmals betonend hervorheben.

a) Harer Droeze, Dortrecht, Nederl. Tijdschr. vor Geneesk. Nro. 36, 1883, beobachtete selbst bei der colossalen Dosis von 84 $\frac{1}{2}$ mmgr. subc. nur dieselben Erscheinungen beim Kaninchen.

b) Rosenbach, Rosin, Ueber Sulfonal und Amylenhydrat etc. Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nro. 24 u. 25.

c) Hamaker, Root, Konrad. l. c.

Was nun die Wirkung des Mittels bei unseren Kranken anbelangt, so war dieselbe jedenfalls eine sehr verschiedene, mehr oder minder heftige, manchmal auch ganz im Stich lassend bei den verschiedenen Individuen nicht nur, sondern auch häufig bei einem und demselben Kranken sehr wechselnd. Es wurde stets, wie bereits oben hervorgehoben, mit den kleinsten Gaben begonnen, die Dosis allmählich gesteigert, öfters einen Tag ausgesetzt, andere Schlafmittel dem Kranken beizubringen gesucht und bei Ruhigerwerden des Kranken die Dosis wieder allmählich verringert. Genügten bei einzelnen Kranken kleine, durch Monate verabreichte Gaben immer wieder, um Schlaf herbeizuführen, (während alle anderen zwischendurch verabreichten Schlafmittel erfolglos blieben) so wurde bei anderen Kranken selbst mit den grössten Dosen oft nur auf einige Stunden Beruhigung und Benommenheit erzielt, dann begann sofort die Erregung in derselben heftigen Weise, wie früher.^{a)} Am besten wurden die Erregungszustände, unter diesen wieder am promptesten die Manie, dann die Paralyse beeinflusst, während der geringste Effect bei melancholischen Kranken erzeugt wurde. In wie weit die Manie bei Verabreichung des Mittels in ihrem Verlauf abgekürzt und gemildert wird^{b)} wage ich nicht zu entscheiden, wenn ich mich auch der Ansicht Knys zuwenden möchte, gleichzeitige Bäder und streng durchgeführte Bettrube vorausgesetzt^{c)}.

Der Eintritt der Wirkung des Mittels differirte beträchtlich; bei interner Verabreichung erfolgte dieselbe im Allgemeinen bedeutend später, wie bei subcutaner Verabreichung. Bei ersterer Art stellte sich die hypnotische Wirkung in der Regel nicht vor einer Stunde, zumeist erst nach 2 Stunden ein, doch fehlten hier gänzlich oder traten weit milder auf die unangenehmen Nebenwirkungen, die sich in erschreckender Weise und oft überraschend heftig bei subc. Injection, mehrmals kaum 2—3 Minuten nachher bemerkbar machten und am eminentesten bei aufgeregten und ausser Bett befindlichen Kranken mit grossem motorischen Bewegungsdrang hervortraten. Einige Male war die Wirkung eine so heftige, dass eben noch laut lärmende und herum-marschirende Kranke wie vom Schlage getroffen plötzlich taumelnd zu Boden sanken, mit geröthetem Gesicht, langsamer, stertoröser Athmung und verlangsamtem Puls völlig betäubt dalagen — doch dauerte in diesen Fällen von energischster augenblicklicher Wirkung dieselbe in der Regel nur 1—2 Stunden; dann begann sofort die Unruhe und Erregung der Kranken in ganz demselben Umfange wie vorher. Nicht

a) Dass auch grosse Dosen gelegentlich gut vertragen werden können, beweist der Umstand, dass einer unserer Paralytiker aus Versehen einmal per os etwa 10 mmgr. bekommen hat, ohne besondere Nebenwirkung. Er hat im Ganzen etwa 8 Stunden darnach geschlafen.

b) S. Kny. l. c.

c) S. auch Ziehen, die Opiumbehandlung der Psychosen. Ther. Monatshefte 1889, Febr. S. 63. Anmerkung. Derselbe räth, ebenso wie bei der Opiumbehandlung, der erfahrungsgemäss nicht ausbleibenden Steigerung der krankhaften Affecte mit hohen Dosen voranzueilen!

immer begann die Wirkung so plötzlich: die Kranken wurden allmählich ruhiger, sprachen leiser, begannen zu lallen, zu taumeln, kauerten dann irgend wo nieder und schliefen etwa noch $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Stunde. Andererseits begann die hypnotische Wirkung bei subc. Anwendung selbst grosser Dosen erst nach 1—2—4 Stunden.

Ich habe, wenn ich von der Wirkung des Hyoscins sprach, bis jetzt ausschliesslich seine hypnotische betrachtet und als volle Wirkung nur die angesehen, wo nach Eingabe des Mittels ein 6--8 stündiger ruhiger Schlaf sich einstellte. Oft trat nur Beruhigung ein: die Kranken konnten sich nicht mehr ordentlich fortbewegen, die Stimme war leiser, heiser oder klanglos. Andere Male trat nur kurzdauernder Schlaf ein von 1—4 Stunden, andere Male war der Schlaf sehr unruhig. Bei zwei Kranken trat $\frac{1}{2}$ Stunde nach der Einspritzung Schlaf ein, der ca. 3 Stunden dauerte, dann erwachten die Kranken, waren wie betrunken, drängten aus dem Bett, hatten zahlreiche Illusionen und Hallucinationen; nachdem dieser Zustand etwa 2 Stunden angehalten, trat wieder ruhiger Schlaf bis Morgen ein. Subjective Beschwerden wurden nicht laut: nur zeigten viele starken Durst. Erbrechen und nachfolgende den ganzen Tag anhaltende Appetitlosigkeit wurde 4 Mal beobachtet, einmal Diarrhoe. Die Mydriasis trat bald mehr, bald weniger hervor, war aber, da alle mit Hyoscin behandelte Kranke ohne Beschäftigung waren, belanglos. Respiration und Puls wurden verlangsamt; die erstere war manchmal stertorös; einige Male zeigte sich Cheyne-Stokes Phänomen. Genane Pulszählungen konnten nur bei wenigen Kranken vorgenommen werden und machte es ja die Erregung vieler Kranker unmöglich, den Puls vor eingetretener Wirkung genau festzustellen. Die an Kranken indessen gemachten Beobachtungen und die an mir selbst mit dem Mittel gemachten Erfahrungen beweisen deutlich eine Herabminderung der Pulszahl, die erst nach mehreren Stunden wieder ausgeglichen wurde. Gelegenheit, das Mittel bei gleichzeitigen Herzerkrankungen zu prüfen, bot sich mir nicht. Sehr wohl aber wurde dasselbe auch bei sehr herabgekommenen, tuberkulösen Individuen angewendet.

Die Resultate, zu denen ich gekommen bin, möchte ich noch kurz unter folgenden Punkten zusammenfassen:

1) Das Hyoscin. hydrojod. ist, wie die beiden andere Salze, wegen seiner Billigkeit, Geschmacklosigkeit und bequemen Anwendungsweise den theuern, schlecht schmeckenden anderen jetzt gebräuchlichen Schlafmitteln, die schon von ruhigeren Kranken ungern genommen werden, bei verwirrten und erregten Kranken oft vorzuziehen.

2) Es ist stets sowohl bei subcutaner, wie interner Verabreichung mit den kleinsten Gaben zu beginnen, da die Toleranz gegen das Mittel individuell sehr verschieden ist. Per os verabreichte Gaben, die im Allgemeinen etwa doppelt so gross sein mögen, wie subcutan applicirte, entfalten ihre Wirkung im Allgemeinen später, wie die letzteren, verursachen aber nicht in so heftiger Weise unangenehme und erschreckende Nebenerscheinungen. Interne Gaben wirken, so weit ich

das nach der im Verhältniss zu den subcutanen Injectionen geringen Anzahl bis jetzt beurtheilen kann, in weit mehr Procent der Fälle schlafferzeugend und sind daher den Injectionen vorzuziehen, während bei Tage subcutan gereichte Dosen wegen ihrer schnelleren Wirkung bei heftigen Erregungszuständen oft vortheilhaft sein können. Die Dosis von 3 mmgr. bei der einen oder anderen Anwendungsweise zu überschreiten haben wir nicht für nöthig gefunden.

3) Das Hyoscin wirkt lähmend auf die motorischen und secretorischen Centren, verlangsamt Puls, Respiration, erzeugt Trockenheit im Munde und Schlunde, Mydriasis, Accomodationslähmung, gelegentlich Appetitlosigkeit und Erbrechen.

4) Es ist oft mit Vortheil in Anwendung zu ziehen bei allen mit grosser motorischer Unruhe, Geschwätzigkeit, blindem Lärmen und Umherwirthschaften einhergehenden Psychosen, namentlich bei maniakalischen Zuständen, aufgeregten Paralytikern. Bei melancholischen Zuständen ist Hyoscin von geringer oder gar keiner Wirkung und Morphinum in diesen Fällen daher vorzuziehen.

5) Durch das Mittel werden ohne Zweifel Sinnestäuschungen theils schreckhafter theils heiterer Art hervorgerufen, resp. vorhandene gesteigert und vermehrt. Man wird daher mit Recht die Anwendung des Mittels bei frischen Psychosen einzuschränken haben¹⁶⁾, während es sehr wohl bei heruntergekommenen Kranken selbst in grösseren Dosen angewendet werden kann, das Fehlen jeglicher Complication von Seiten des Herzens vorausgesetzt.

Literatur.

- 1) Gnauck, Ueber die Anwend. des Hyoscin bei Geisteskranken. Charité-Annalen. Bd. VII. 1882.
- 2) Wood, Hyoscine, 1885. Ther. Gaz. Jan. 15.
- 3) Wethevill, Hyoscine hydrobromate. Philad. med. Times. Dez. 26. 1885.
- 4) Andrews, Hyoscine hydrobromate. Americ. Journ. of insanity. Octob. 1885.
- 5) Bruce, Hyoscine as a cerebral sedative; Practioner. Nro. 321. 1886.
- 6) Peterson und Langdon, Hydrobromate of Hyoscine, 1885. New-York Medical Record.
- 7) Hamaker, Hyoscine as a hypnotic. 1886.
- 8) Root, Note on hydrobromate of hyoscine. 1886.
- 9) Haynes, Hyoscine hydrobromate as a hypnotic in priv. praxis. 1886.
- 10) Mann, Hyoscine hydrochlor. Phil. med. Bull. Aug. 1886.
- 11) Archiv für exp. Path. u. Pharamak.
- 12) Therap. Monatshefte 1887.
- 13) Kühlwetter, Irrenfreund 1887. Nro. 7.
- 14) Mieth, Dissertation, Nietleben.
- 15) Schlemmer, Hyoscin, Dissertation, Strassburg.
- 16) Konrád, Erlenmeyer's Centralbl. f. Nervenheilk. 1888. Nro. 18.

- 17) Salgó, Wien. med. Wochenschr. 1888. Nro. 12.
18) Fischer, Gyógyásket 1888. Nro. 19.
19) Kraus, Orvosi Hetilap 1888. Nro. 16.
20) Dornblüth, Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nro. 49.
21) Kny, Berl. Klin. Nro. 50. 1888.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Von Dr. König in Dalldorf.

Sitzung am Montag den 11. März 1889.

184) Mittenzweig: *Subdurale Blutung aus abnorm verlaufenden Gehirnenen.*

Die Blutung in dem subduralen Raum ist nach 2 Richtungen hin zu beurtheilen.

1) Blutungen bei Neugeborenen. 2) Blutungen bei Erwachsenen.

Die ersteren kommen nach Virchow dadurch zu Stande, dass die cerebralen Venen, die in den Sinus laufen, durch das Uebereinanderschoben der Scheitelbeine zerreißen. Bei Erwachsenen nimmt Virchow an, dass gesunde Venen nicht zerreißen; gegen diese Ansicht haben sich mehrere Stimmen erhoben; z. B. Huguenin. Vortragender selbst hat verschiedene Fälle gesehen, die dafür sprechen, dass Blutungen aus gesunden Venen vorkommen können, ohne dass Complicationen vorhanden sind, wie Zerreißen der Dura, Knochenbrüche. Auch v. Bergmann hat sich dahin ausgesprochen, dass nach leichten Traumen solche Blutungen vorkommen können (z. B. leichte Ohrfeigen). Virchow meinte, in solchen Fällen sei eine leichte Pachymeningitis übersehen worden, Huguenin hebt hervor, dass Zerreißen dieser Venen leicht zu Stande kommen, wenn das Gehirn atrophisch geworden ist, wie bei Alkoholisten und Greisen. Vortragender hat eine 3. Art von Blutung gesehen aus Venen, die ganz gesund waren, und nur deshalb zerrissen waren, weil sie einen abnormen Verlauf nahmen; sie mündeten nicht direct in den Sinus longitudinalis ein, sondern sie waren 2—4 cm. von demselben entfernt auf die innere Fläche der Dura übergeschwungen und hafteten hier fest, bis sie endlich in den Sinus einmündeten. Der Kranke, dessen Dura Vortr. demonstriert, war ein 60 j. Mann, der im August vorigen Jahres auf der Westphal'schen Klinik starb. Die Section (Dr. Langerhans) ergab ausser verschiedenen Veränderungen in den Hintersträngen einen grossen Bluterguss auf der rechten Seite der Gehirnoberfläche; keine Pachymeningitis, aber 4 cm. von der grossen Hirnspalte entfernt fand sich ein kleiner thrombosirter Venenstumpf und grade gegenüber in der harten Hirnhaut ein 2. Stumpf, der in den Sinus longitudinalis mündete.

Bei Durchsicht der auf der Berliner Anatomie aufgehobenen harten Hirnhäute fand M. unter 200 Häuten abnormen Verlauf der Venen des vorderen Drittels in 25⁰/₀; in den hinteren ²/₃ in nur 5⁰/₀.

Den abnormen Verlauf der Venen müsse man wohl auf entwicklungsgeschichtlichem Wege zu erklären versuchen.

In der Discussion fragt Sander ob der abnorme Verlauf an sich eine Blutung hervorrufen könne.

Mittenzweig erwidert, der abnorme Verlauf disponire nur zu einer Blutung, ohne dass die Vene erkrankt zu sein braucht.

Bernhardt: *Bemerkenswerthe Aetiologie eines Falles von isolirter peripherischer Lähmung des n. suprascapularis dexter.* (Der Vortrag befindet sich an der Spitze dieser Nummer.)

185) **Sperling:** *Fall von progressiver Muskelatrophie (juvenile Form).*

Der 19 j. Patient, (Vater leidet an Lupus, 2 Cousins sind geisteskrank) ist psychisch normal, und hat sein Geschäft als Uhrmacher zur Zufriedenheit seines Lehrherrn versehen; er hat erst im 4. Jahre laufen gelernt; im 12. Jahre stellte sich eine Verschlechterung ein in seinem Gange, so dass er sich genirte in Gegenwart von andern Treppen hinauf und hinunter zu gehen; man sieht, dass der Gang unsicher, breitbeinig ist, wie bei einer doppelseitigen Peroneuslähmung. Die grobe motorische Kraft ist sowohl in den Beinen wie in den Armen ausserordentlich herabgesetzt; alle Bewegungen werden mit einer minimalen Kraft ausgeführt; er kann die Luft beim Backenaufblasen nicht lange halten; auch die Bewegungen des Stirnrunzelns sind schwach.

Von Sensibilitätsstörungen ist nichts zu merken, ausser einer Herabsetzung der Sensibilität am Gaumensegel; ausserdem ist eine geringe Parese im linken Facialis zu bemerken und ein unbedeutender Nystagmus; im Bereiche der Infrascapulari eine Abflachung, links stärker als rechts, auch der linke Deltoideus und Sternocleidomastoideus sind mehr abgeflacht als rechts. Die Waden sind sehr stark; die Patellarreflexe fehlen; die Hautreflexe sind ziemlich normal.

Die electricische Erregbarkeit ist an der Ober- und Unterschenkelmuskulatur herabgesetzt; am meisten am Peronäus longus, Tibialis anticus und Ext. digit. communis brevis; hier ist die Reaction auf den faradischen wie galvanischen Strom = 0; auch auf die statischen Funken keine Reaction. Was die Gesichtsmuskulatur anbetrifft, so ergeben sich keine sehr abweichenden Werthe von dem Normalen.

An der Diskussion betheiligen sich ausser dem Vortragenden Remak, Bernhardt, Moses, Moeli und Sander.

II. Verein für innere Medicin in Berlin.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 18. März 1889.

186) **Hirschberg** demonstriert vor der Tagesordnung einen *pulsirenden Exophthalmus*. Es handelte sich um einen 25 j. Mann, der vor 11 Monaten von einem Balken am Kopfe getroffen war. Pat. blieb einen Tag bewusstlos, klagte drei Monate lang über Sehstörungen und alsdann über gelegentliches Doppelsehen. Rechts bestand Ptosis. Das linke Auge, an dessen Unterlid wiederholt phlegmonöse Entzündung aufgetreten war, zeigte Protrusion des Bulbus und abnorm starke Ent-

wicklung der episkleralen Gefässe. Bei dem Anlegen des Ohres an die linke Schläfe hört man ein mit dem Pulse isochrones Blasen, das bei Compression der l. Carotis fortfällt. Man fühlt auch die Pulsation auf dem l. Bulbus. Es handelt sich also um ein traumatisch entstandenes Aneurysma der Carotis interna, welches in diesem Fall den Sehnerven intakt gelassen hatte. Der ophthalmoskopische Befund war negativ.

Den ersten Fall dieser Art, im ganzen 2 unter 100000 Augenkranken, sah H. im Jahr 1888. Hier trat innerhalb 2 Stunden Protrusion des l. Augapfels sowie plötzliche Amaurose ein und man hörte ein analoges Blasen, das durch Carotisunterbindung dauernd beseitigt wurde, während die Erblindung nicht mehr rückgängig zu machen war.

187) **Klemperer** demonstriert *Präparate eines stenosirenden Oesophaguscarcinoms*, das durch seinen ulcerativen Zerfall Herzthromben veranlasst hatte, der Tod erfolgte durch multiple, von dem Herz ausgehende und sich in der Gehirnrinde vertheilende Embolien, die den Pat. in einem bewusstlosen und gelähmten Zustande noch 10 Stunden am Leben liessen.

III. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 27. Februar 1889.

188) **Löwenthal** demonstriert eine *Athetose der rechten Hand* bei einem 38 jähr. Manne, der vor 1½ Jahren nach 48 stündiger, hintereinander fortgesetzter Arbeit plötzlich eine Lähmung des r. Armes gezeigt hatte, die alsdann verschwand. Während des Schlafes sind die Finger in Ruhe. Sensibilität ist intakt.

189) **Patschkowski** demonstriert den Magen eines 38 jähr. Mannes, der alte Syphilis, seit 1½ Jahren Tabes und ein Carinom des Pylorus aufgewiesen hatte. Der Tod erfolgte durch Magenperforation, die neben dem Tumor an einer papierdünnen Stelle der Magenwand stattgefunden hatte.

IV. Jahresactus der Universität Kasanj 1888.

190) Prof. W. Hechterew: *Das Bewusstsein und seine Grenzen.*

Autorreferat. (Russisch, übers. von Dr. Hinze in Petersburg.)

In dieser, auf dem Jahresactus der Universität Kasanj gehaltenen Rede theilt Votr. und A. auch die Resultate seiner Untersuchungen über den Umfang des Bewusstseins mit, welche theils im Laboratorium von Prof. Wundt in Leipzig, theils in Redner's eigenem Laboratorium an der Kasaner Universität ausgeführt worden sind.

Behufs Bestimmung des Umfanges des Bewusstseins benutzte B. ein Metronom, indem er die Versuchspersonen veranlasste, zwei Reihen gleichmässig mit einer bestimmten Geschwindigkeit auf einander folgender tönender Schläge unter einander zu vergleichen, natürlich mit Ausschluss des in Gedanken Zählens. Dabei wurden in den verschiedenen Versuchen entweder gleichartige Reihen von Schlägen benutzt

oder die zweite Reihe enthielt einen Schlag mehr oder weniger als die erste. Die Richtigkeit der Beurtheilung wird durch einen, aus nicht weniger als 10 derartigen Versuchen für die Sphäre des klaren Bewusstseins berechneten Decimalbruch 0,7 ausgedrückt. Redner erhielt als Resultat von Versuchen mit der günstigsten Schnelligkeit der Metronomschwankungen von 0,3 Secunden bei einem Objecte 12, bei zwei anderen 14 und 18 Schalleindrücke. Wurden die Bewegungen des Metronoms beschleunigt oder verlangsamt, so wurde der Umfang des Bewusstseins mehr oder weniger verringert, bei einer Geschwindigkeit der Metronomschwankungen von 0,2 Secunden wurden die einzelnen Schallempfindungen gar nicht gehört, doch nahm der Umfang des Bewusstseins bei Verlangsamung der Metronomoscillationen weniger rasch ab, als bei Beschleunigung.

B.'s Versuche mit Differenzirung der erhaltenen Schalleindrücke in bestimmte Gruppen (conjungirte Vorstellungen) zeigten, dass diese bei ihrer Apperception ebenfalls deutliche Unterschiede hinsichtlich des Umfanges des Bewusstseins darboten, je nach der Geschwindigkeit der aufeinander folgenden Schalleindrücke. Auch hier wurde der grösste Umfang des Bewusstseins bei einer Schnelligkeit der Metronomschläge von 0,3 Secunden beobachtet, er verminderte sich deutlich bei Verlangsamung oder Beschleunigung der Schläge. So sank bei einer Geschwindigkeit der Pendelbewegungen auf 0,2 Sec. der Bewusstseinsumfang bei den einfachsten Combinationen der Schalle (zu 2) von 8 auf 6, complicirtere Zusammenstellungen aber wurden dabei ganz unmöglich. Bei verlangsamt Pendelschwingungen verringerte sich der Bewusstseinsumfang nur dann, wenn die Schalleindrücke aufeinander mit der Geschwindigkeit von 2 Secunden folgten.

Die Grösse und Qualität der gruppirten Schalleindrücke wirkt gleichfalls äusserst deutlich auf den Bewusstseinsumfang oder den Inhalt der Vorstellungen ein. Je beträchtlicher, je complicirter die Grösse der appercipirten Gruppe war, desto weniger wird in's Bewusstsein davon aufgenommen: die grösste Anzahl der einfachsten Gruppierungen (zu 2 Schlägen) betrug in B.'s Versuchen 9, die der zusammengesetzten (zu 18) nur 3. Die paare und unpaare Zahl dieser Gruppierungen hatte keinen Einfluss auf die Beurtheilung, doch wurden einige Gruppen, z. B. die von 3 Schallen mit Leichtigkeit percipirt und gleichzeitig gaben sie einen grossen Umfang des Bewusstseins, welches bei Erschöpfung der geistigen Thätigkeit eingeschränkt wird, auch war diese Art Untersuchung Morgens erfolgreicher, als Abends.

B. nimmt auch für die unbewusste Sphäre, ähnlich wie für die bewusste, einen gewissen Umfang an. Sind auch die Grenzen dieser unbewussten Sphäre nicht scharf abgezeichnet, so darf man doch nicht annehmen, dass man eine beliebige Menge Verstandesmaterials derselben einfügen könne. Hier sind die Grenzen freilich sehr weit und kann die unbewusste Geistessphäre überhaupt mit der bewussten nicht verglichen werden. Dabei ist zu bemerken, dass mit der Entwicklung des intellectuellen Lebens sich auch die Grenzen der unbewussten Sphäre

erweitern, wodurch dann die Fähigkeit eines intelligenten Menschen erklärlich wird, in seinem Gedächtnisse einen Vorrath von Kenntnissen aufzuspeichern, welcher dem Ungebildeten vollkommen unüberwindlich erscheinen.

III. Referate und Kritiken.

191) **Vanlair** (Lüttich): Des myoclonies rythmiques. (Rhythmische Myoclonie.) (*Revue de médecine*. 1. 2. 1889.)

Verf. operirte im Mai 1887 einen zweijährigen Hund in der Weise, dass er in der Mitte des rechten Oberschenkels den Nervus ischiadicus und saphenus major resecirte und später am selben Tage den Unterschenkel unterhalb des Knies amputirte. 14 Tage nach der glücklich verlaufenen Operation merkte man, dass das linke Hinterbein spontan an den Leib angezogen wurde, ohne dass aber eine Contractur die Veranlassung dazu gewesen wäre; nach völliger Heilung stützte der Hund sich auch auf den Stumpf des rechten Hinterbeins beim Gehen, ohne das linke zu bewegen. Zu gleicher Zeit traten in dem linken Vorderbeine spontane, plötzliche, rythmische clonische Zuckungen auf, die sich fast regelmässig 120 Mal in der Minute wiederholten und jedesmal mit einer Verschiebung des Gliedes verbunden waren. Die Zuckungen betrafen wesentlich den subscapularis, teres major, pectoralis major, latissimus dorsi; am Oberarm den biceps; am Vorderarm die radiales externi; die Schultermuskeln wirkten gleichzeitig und rufen eine combinirte Adductions- und Elevationsbewegung hervor. Eine graphische Aufnahme der Zuckungen zeigte deren fast vollkommenen Rythmus. Das linke Hinterbein wird von analogen Bewegungen beherrscht, die aber weit weniger intensiv und ausgedehnt sind wie die des Vorderbeines, im übrigen aber diesen isochron sind. Auch der Schwanz führt beschränkte Oscillationen aus und der Kopf wird leicht gehoben und gesenkt, alles in rythmischer Weise zur gleichen Zeit. Werden die durch die Zuckungen bedingten Verschiebungen des Gliedes gehindert, so werden die Muskeln doch kräftig contrahirt; wird eine Muskelgruppe an der Contraction gehindert, so zucken die übrigen um so stärker; vollständige Ruhe wirkt mildernd, Aufregung oder schmerzhaftes Hautreize wirken steigernd auf die Zuckungen; insbesondere war letzteres auch der Fall bei Reizung des operirten ischiadicus. Als Verf. diesen freilegte und den Aetherspray auf den Nerven applicirte, traten plötzlich Zuckungen im orbicularis palpebrarum und in der Oberlippenmuskulatur der rechten Seite, sowie in der rechten Zungenhälfte auf, die nie mehr verschwanden. 5 Tage nach der Aetherisation beobachtete man in dem bisher normalen rechten Vorderbeine eine hochgradige Steigerung der Reflexerregbarkeit, so dass ein geringer Reiz ein convulsives Zittern hervorrief; bei wiederholter Reizung traten während einiger Minuten spontane, kräftige Zuckungen auf, die durchaus denen des linken Vorderbeines glichen und mit denselben isochron waren; auch die erhöhte Reflexerregbarkeit ist nicht mehr verschwunden. Trotz der beschrie-

benen Zuckungen konnte der Hund aber alle willkürlichen Bewegungen gut ausführen. Die Sehnenreflexe waren unverändert. Das wesentlich von den Zuckungen befallene linke Vorderbein war etwas paretisch und atrophisch. Die Sensibilität war normal. Die Rectaltemperatur war immer etwas erhöht.

Die beobachtete Affection gleicht zunächst sehr dem Friedreich'schen *Paramyoclonus multiplex*: denn die Asymetrie der Zuckungen, die Bewegung der Glieder bei den Zuckungen, die Regelmässigkeit derselben und Gleichzeitigkeit auf beiden Seiten, endlich die unveränderte, nicht paroxystische Fortdauer waren zwar in den Friedreich'schen Fällen nicht vorhanden und es wurde dieser Umstand von Friedreich gerade differentiell-diagnostisch verworther, aber mit Unrecht; denn, wie später beobachtete Fälle lehren, können die angeführten Symptome sehr wohl bei sonst typischen Fällen von *Paramyoclonus* beobachtet werden. Von den Besonderheiten unseres Falles hebt Verf. hervor, die Zunahme der Zuckungen bei Immobilisation eines der gewöhnlich zuckenden Theile, die topographische Vertheilung der Bewegungen im Gesichte, die erhöhte Reflexerregbarkeit des rechten Vorderbeines sowie endlich die Parese des kranken Gliedes. Verf. geht nun in lichtvoller Darstellung die grosse Reihe von verwandten Krankheiten durch und bespricht des näheren deren Verwandtschaft und Unterscheidung vom *Paramyoclonus*; speciell erörtert werden die Tics, die *maladie des tics*, die sog. Chorea der Hunde, die *Chorea electrica* (Henoch), die *Chorea rythmica* (Sée), die *Spasmi rythmici* (Jaccoud). Verf. schlägt vor, alle diese verschiedenen Krankheitsbilder zusammenzufassen unter dem Gattungsnamen *Myoclonie*, worunter er gewaltsame, plötzliche, incoordinirte, rasch sich wiederholende Zuckungen, die immer dieselben Partien betreffen und hervorgehen aus einem Wechsel zwischen Thätigkeit und Erschlaffung derselben Muskeln, verstanden wissen will; man kann diese *Myoclonien* eintheilen in statische und astatische, je nachdem bei der Zuckung nur ein Muskelwulst sich bildet oder aber zugleich eine Bewegung des betreffenden Gliedes stattfindet, ferner in rythmische und arhythmische, in disseminirte und begrenzte, in externe und viscerele, etc.; man würde eine Diklonie von einer Hemiklonie oder einer gekreuzten *Myoclonie* unterscheiden. Nach dieser Nomenclatur hiesse der Friedreich'sche *Paramyoclonus*: ext., stat., arythm., symmetr. disseminirte Diklonie.

Was die *Pathogenese* der *Myoclonien* angeht, so nahm Friedreich bekanntlich und nach ihm alle anderen als deren Grund eine krankhafte Uebererregbarkeit verschiedener Zellengruppen der Vorderhörner an, welche zu gleicher Zeit intermittirende Muskelcontractionen und Reflexsteigerung bedingen sollte. Verf. sucht die völlige Unzulänglichkeit dieser Hypothese nachzuweisen. Zwar kann der Krankheitssitz nicht in den Muskeln oder den Muskelnerven sein, denn als diese durch Curare bei dem Hunde gelähmt waren, dauerten die Zuckungen fast ununterbrochen bis zu dem durch eine allzu grosse Dosis des Giftes verschuldeten Tode fort. Es muss der Krankheitssitz vielmehr central und spec. im Rückenmarke sein, wie dies Quincke bei

einem von einer fast ganz gleichen Krankheit befallenen Hunde experimentell nachweisen konnte; doch ist auch das Gehirn wohl nicht ganz ohne Einfluss bei Hervorrufung des Krankheitsbildes. Stimmt Verf. auch soweit mit Friedreich überein, so glaubt er doch den *wesentlichen Grund für den Myoclonus in einer excessiven Erregbarkeit der sensiblen Zellen suchen zu müssen, wie sie sich entwickelt hat oder wenigstens unterhalten wird durch periphere Reize*. Denn nicht nur werden nicht selten Schmerzen in den Krankheitsgeschichten erwähnt, meist sind die Myoclonien auch durch äussere Reize, vor allem schreckhafte Sinneseindrücke, oder durch Traumen entstanden. Verf. glaubt aber ferner die Richtigkeit seiner Anschauungen bewiesen zu haben durch folgende Experimente. Der durch die Aetherisation des ischiadicus ausgeübte starke Nervenreiz rief nicht nur eine wahre Myoclonie im Gesichte des Hundes hervor, sondern zugleich auch im rechten Vorderbeine eine spasmogene Erregung, auf deren Boden leicht eine echte Myoclonie hervorgerufen werden konnte. Später machte Verf. seinem Hunde Cocaineinspritzungen, wovon experimentell nachgewiesen ist, dass sie nur die sensiblen Nervenenden lähmen, die Nerven selbst und das Rückenmark intakt lassen. Dabei zeigte sich, dass bevor irgend welche Anaesthesia auftrat, die Zuckungen allmählich überall aufhörten; es hatte also die Dosis genügt die übererregbaren sensiblen Elemente herunterzudrücken, ohne die normalen zu lähmen. Genau denselben Erfolg wie eine an beliebigen Orte vorgenommene Cocaineinspritzung hatte die Einwirkung des Cocains auf den operirten ischiadicus, so dass also Aetherisation und Cocainisation genau den entgegengesetzten Effect hatten. Es geht daraus hervor, dass der Myoclonus eine Affection ist, in welchem das sensitive Element eine vorwiegende pathogenetische Rolle hat. Verf. führt noch eine Reihe anderer Gründe für seine Ansicht kurz an. Die myoclonischen Zuckungen sind nur Reflexphaenomene; auf dem Wege des Reflexbogens geht der Reiz von den sensiblen zu den motorischen Zellen und von dort zum Muskel.

Den Rythmus der Muskelzuckungen sucht Verf. dadurch zu erklären, dass er annimmt, jeder Muskel sei von zwei Centren entgegengesetzter Wirkung beherrscht, einem Erregungs- und einem Hemmungscentrum, wovon ersteres immer in Thätigkeit wäre, während letzteres immer nur nach einiger Zeit genügend Kraft gesammelt hat, um für einen Augenblick das erstere zu lähmen; also ähnliche Verhältnisse, wie bei den rythmischen Bewegungen des Herzens und des Thorax.

Von aetiologischen Momenten für die Myoclonien sind nur wenige wirklich wirksame bekannt, nämlich Schreck und Trauma; von praedisponirenden Elementen sind zu nennen neuropathische Zustände und Anaemie.

Was die Therapie angeht, so scheinen Galvanisation, Arsenik und Cocain die wirksamsten Mittel zu sein; nach ihnen kommen Eserin Hyoscin und Chloral. Alle anderen Mittel müssen als unwirksam zurückgewiesen werden.

Strausscheid.

192) A. Rémond (Metz): Une observation d'Atrophie musculaire myelopathique à type scapulo-huméral. (Ein Fall von myelopathischer Muskelatrophie mit scapulo-humeralem Typus.) (Le Progrès médical 1888. Nro. 2.)

Es handelt sich um einen 40 jährigen Juwelier, dessen Mutter an Paralysis agitans, dessen Bruder an epileptiformen Krämpfen und dessen Schwester an heftiger Migräne leidet, und welcher selber im Alter von 2 Jahren an spinaler Kinderlähmung erkrankte, als deren Residuen ein rechtsseitiger pes varo-equinus und im linken Beine eine leichte functionelle Schwäche zurückgeblieben waren, während der ebenfalls gelähmte rechte Arm seine völlige Gebrauchsfähigkeit wiedererlangte. Im Alter von 30 Jahren erlitt er eine Fractur des rechten Humerus in der Mitte der Diaphyse, deren Heilung sich in normaler Weise vollzog, während eine zweite drei Jahre später stattgehabte Fractur desselben Gliedes mit starker Callusbildung heilte. Drei Jahre später — er war damals 36 Jahre alt — traten unter Ameisenkriechen, Schwäche und allmählich zunehmendem Ermüdungsgefühl im rechten Oberarm und Schulter eine Abmagerung der Muskeln dieser Gegend auf. Zehn Monate darauf nach einer Serie von täglichen Fieberanfällen, die einer Chininmedication wichen, zeigten sich am rechten Vorderarm und Hand, sowie an der linken Schulter und Oberarm die gleichen Symptome.

Brompräparate innerlich, sowie Moxen längst der Wirbelsäule waren ohne Erfolg.

Seit 6 Monaten besteht Sausen im Kopfe, auch beginnen die Oberschenkel abzumagern, ohne dass andere subjective Beschwerden als Ameisenkriechen und Ermüdungsgefühl sich eingestellt hätten.

Die Untersuchung ergab starke Atrophie der Muskeln der rechten Schulter, weniger ausgesprochen an den Muscul. supra- et infraspinatus als vielmehr am Deltoides, von dem fast nichts übrig geblieben war; ferner des Biceps; Elevation, Adduction und Abduction der Extremität war unmöglich. Desgleichen sind die Muskeln am rechten Vorderarm und der Hand (interossei) stark geschwunden; Supination ist nicht, Pronation nur unvollkommen möglich.

An der linken Schulter ist die Atrophie noch nicht soweit fortgeschritten; die Elevation ist noch in gewissem Grade möglich; am Vorderarm besteht geringe Atrophie.

Die Musculi pectorales waren in geringem Grade, die subscapulares dagegen namentlich rechts fast ganz geschwunden.

An sämtlichen ergriffenen Muskeln waren starke fibrilläre Zuckungen sichtbar. An den Oberschenkeln war eine geringe Atrophie zu constatiren, doch traten auch hier die fibrillären Zuckungen stark hervor.

Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden. Entartungsreaction liess sich an verschiedenen Muskeln nachweisen.

Das Kniephänomen war beiderseits nicht auszulösen; die Plantarreflexe fehlten ebenfalls. Gerieth der Kranke in Erregung, war ein Anstossen der Sprache bemerkbar.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich in diesem Falle um eine Amyotrophie spinalen Ursprungs handle, die sich im Anschluss an die Läsion der Vorderhörner, wie sie durch die spinale Kinderlähmung gegeben wurde, entwickelte, indem wahrscheinlich unter dem Einfluss der Humerusfracturen, von denen die letzte 2 Jahre vor der Muskel-erkrankung statthatte, die schlummernde Disposition erweckt und damit in dem von der infantilen Erkrankung ergriffenen Bereiche der Vorderhörner neue entzündliche Processe sich entwickelten.

Holtermann.

193) **Thomas Wilson** (Cannock, Staffs): A case of gumma in the right superior temporo-sphenoidal convolution. (Ein Gumma in der rechten oberen temporo-sphenoidalen Gehirnwindung.) (The Lancet. 29. Decb. 1888.)

An den in der Ueberschrift näher bezeichneten Fall werden von W. folgende Bemerkungen geknüpft:

Bestätigt zunächst dieser Fall die Annahme, dass das Gehör-centrum in der hinteren Hälfte der temporo-sphenoidalen Gehirnwindung liegt, so zeigt er sodann, dass man schon intra vitam auf den Sitz eines Tumors in der rechten Hirnhemisphäre desshalb mit Bestimmtheit schliessen konnte, weil der Kopfschmerz, wenngleich den ganzen Kopf einnehmend, doch immer am stärksten auf der rechten Seite war; ferner weil hier die Percussion des Kopfes Schmerzen verursachte, ferner weil sich die Neuritis optica besonders deutlich auf der rechten Seite markirte, und endlich weil der Kopf nach der entgegengesetzten Seite während der Anfälle gezogen wurde.

Pauli.

194) **Hugo Schüdel** (Bern): Ueber Ischias scoliotica.

(v. Langenb. Arch. Bd. XXXVIII. Heft 1.)

Diese Affection, bisher von verschiedenen Autoren, unter Anderen von Charcot, für eine Folge von Skoliose gehalten, hat Sch. auf Veranlassung Kocher's zum Gegenstande einer genaueren Untersuchung gemacht und gerade das Gegentheil, die Entstehung der Scoliose durch die Ischias, festgestellt. Und zwar hauptsächlich desshalb, weil die Scoliose erst später als die Ischias erscheint, weil jene im Gegensatz zu anderen die Neigung des Körpers nach der gesunden Seite hin neben einer geringen Beugung nach vorn kennzeichnet, weil die vom Plexus ischiadicus entspringenden sensiblen Fasern in den motorischen Nerven derartig afficirt sind, dass sie die beteiligten Muskeln an activer Contraction hindern, weil die Gewebe der Wirbelsäule sich intact verhalten, und weil endlich die Scoliose nach der Beseitigung der Ischias verschwindet.

Pauli.

195) **H. B. Boynton-See** (Sheffield): Palm reflex. (Handreflex).

(The Lancet 22. Decemb. 1888.)

B. machte zufällig an sich die Beobachtung, dass, wenn er mit dem Daumen fest auf das Os pisiforme drückte, sich der *M. palmaris brevis* contrahirte.

Seidem hat er darauf hin viele Personen untersucht und diesen Reflex in nur sehr wenigen Fällen nicht beobachtet, wahrscheinlich deswegen nicht, weil dieser Muskel entweder gar nicht oder nur rudimentär vorhanden war.

Pauli.

196) **J. A. Booth** (New-York): Progressive muscular atrophy, with anästhesia. (The Medic. Record. 1. Septbr. 1888.)

In Verf.'s, durch Abbildungen erläuterten Falle, findet sich neben Muskelatrophie (m. inteross., viele Arm-Muskeln, m. trapez, pectoral. etc.) mit Bulbus-Erscheinungen eine unvollkommene Hemianästhesie (linke Seite des Kopfes, Halses, Rumpfes bis fast zum Nabel herab, der linken Mund-, Schlund- und Zungenhälfte, des ganzen linken Armes). Diese Hemianästhesie verdankt nach Verf.'s Ansicht ihre Entstehung wahrscheinlich einem Tumor in den oberen und äusseren Schichten des rechtsseitigen Pons oder Pedunculus; jedenfalls sei auf Grund des Verlaufes und weil die höheren Sinnesorgane nicht mit getroffen waren, eine Läsion der Capsula intern. auszuschliessen. Dass aber überhaupt eine Läsion in irgend einem Theile des sensiblen Faserzugs vorhanden sein müsse, werde bewiesen durch das Vorhandensein der linksseitigen Hemianästhesie, der cutanen und musculären Analgesie und Thermo-Anästhesie, der Schmerzlosigkeit gegen starke faradische Ströme, der vermehrten Reflexe, der Anfälle von Schwindel. (Vergl. Seite 128. Referat Nro. 95.)

Voigt.

197) **M. Allen Starr** (New-York): Apraxia und aphasia; their varieties and the methods of examination for their detectives. (Apraxie und Aphasie, ihre Varietäten und die zur Entdeckung derselben nöthigen Untersuchungsmethoden. (The Medic. Rec. 27. October 1888.)

Da alle die verschiedenen der Sprache vorstehenden Centren rücksichtlich ihrer Ernährung von der Arteria cerebr. media abhängen und das Lumen derselben weit häufiger von einem Embolus verstopft wird, als das eines ihrer kleinen Zweige, so findet man eine reine, weil von einem kleinen Erweichungsherde abhängende Aphasie viel seltener als eine gemischte, d. h. mit verschiedenen andern Störungen verbunden. Um solche gemischte Form immer zu entdecken, soll man nach Verf. Folgendes prüfen:

1. Die Fähigkeit, sich des gesprochenen oder geschriebenen Namens von gesehenen, gehörten, gefühlten, geschmeckten oder gerochenen Gegenständen zu erinnern (die sogenannte Apraxie, d. h. der Zustand, in welchem diese Fähigkeit fehlt, ist sehr oft mit Aphasie verbunden!).

2. Die Fähigkeit, Gesprochenes und musikalische Töne zu verstehen.

3. Die Fähigkeit, gedruckte oder geschriebene Wörter zu verstehen.

4. Die Fähigkeit, nach eigenem Willen zu sprechen. Spricht der Pat. deutlich? Spricht er manche Worte schlecht aus? Setzt er die Worte an die rechte Stelle? Spricht er im Jargon?

5. Die Fähigkeit ein Wort nach dem andern zu wiederholen.

6. Die Fähigkeit, laut zu lesen. Versteht er, was er spricht?
7. Die Fähigkeit, nach eigenem Willen zu schreiben. Kann er lesen, was er geschrieben hat?
8. Die Fähigkeit, Dictirtes nachzuschreiben.
9. Die Fähigkeit zu copiren.
10. Die Fähigkeit, den Gebrauch gesehener, gehörter, gefühlter, geschmeckter, gerochener Gegenstände zu erkennen.

Verf. untersuchte 9 Fälle von Apraxie und entdeckte dabei, dass die Läsion bei Rechtshändern sich stets in der linken, bei Linkshändern in der rechten Hemisphäre befand, also in derselben Hemisphäre, von deren Läsion die Aphasie abhing. Nun findet sich allerdings Apraxie, gerade wie Aphasie, auch in Fällen von Dement. paralyt., bei welcher die Erkrankung diffus über beide Hirnhälften verbreitet ist. Daraus folgt jedoch nicht, dass eine einseitige Läsion nicht zur Hervorbringung jener Symptome genüge. — Die vom Verf. berichteten Fälle 1. von Worttaubheit und Wortblindheit; 2. von Worttaubheit und Wortblindheit mit temporärer Apraxie; 3. von Paraphasie, die allmählich zu totaler Aphasie fortschritt; 4. von Paraphasie und Paragraphie sind charakteristische Beispiele für das, was Verf. im Anfange seiner Arbeit über die Physiologie der Sprache und die Pathologie der Sprachstörungen kurz, aber leicht verständlich auseinandersetzt. Voigt.

198) Williams (New-York): On a case of shock; with some observations on the vaso-motor system. (Ein Fall von Shok mit Bemerkungen über das vasomotorische System.) (American Journal of Insanity. Jan. 1889 pag. 331.)

Ein starker, kräftiger Mensch, 31 Jahre alt, chronisch verrückt, bekam von einem Mitpatienten einen Stoss gegen den Leib. Er fiel betäubt hin, eine Minute lang wie ein Epileptiker Convulsionen habend; dann aufgehoben taumelte er zurück und fiel bewusstlos und leblos hin. 4 Minuten nach dem Trauma war der Mann eine Leiche. Die Autopsie ergab äusserlich keine Spur von Verletzung am Abdomen, ebenso baten Luft- und Bauch-Eingeweide negativen Befund. Anders das Gehirn. Die Gefässe desselben strotzten von Blut, die Sulci waren von Blutextravasat angefüllt. In allen Ventrikeln fanden sich Blutcoagula; der 4. war ganz von einem solchen ausgefüllt. Demnach war die Hirnhyperämie mit allgemeiner capillärer Hämorrhagie die unmittelbare Todesursache.

Zwei Hypothesen lassen sich zur Erklärung des Falles anführen. Verf. nimmt an, dass folgende Theorie ihn am rationellsten erklärt. Der Reiz, welcher das Solarganglion zunächst traf, übertrug sich durch den Splanchnicus auf das Gefäss- und Herzhemmende Centrum. Die reflectorisch eingetretene Reizung des Cervikalthalles des Sympathicus hatte Erweiterung der Hirngefässe zur Folge und sofortige systolische Herzlähmung. In dem Augenblick, da in Folge des Aufhörens der Herzthätigkeit das Blut in den erweiterten Hirngefässen zu fliessen aufhörte, fiel Patient bewusstlos hin. Die Körperarterien, welche noch gewissen Tonus hatten, trieben das Blut durch die Kapillaren. Sofort

füllten sich die erweiterten Herzventrikeln und nun musste eine Herzcontraction oder dauernde Lähmung desselben folgen. Letzteres wäre wahrscheinlich bei einem schwachen Herzen eingetreten, wie gewöhnlich der Tod in Folge von Shok erklärt wird. Das Herz aber contrahirte sich in obigem Falle. Die Körperarterien hatten sich stark contrahirt, da im Moment kein Blut in sie hineingepumpt war; ihre Wandungen hatten demgemäss einen bedeutenden inneren Tonus. Dagegen waren die Hirngefässe vollständig atonisch. Indem das Blut nun nach dem Punkte des geringsten Widerstandes floss, kam es in die Hirngefässe mit einem Anprall, der mit einem äussern Trauma zu vergleichen war. Die Gefässe wurden bis zum äussersten erweitert. Diese Congestion löste die Krämpfe aus, welche die Circulation noch mehr anregten und die Herzthätigkeit beschleunigten. In Folge des Druckes trat eine Zerreissung der Hirngefässe ein, was bei einem gesunden Gehirn allerdings wohl nicht der Fall gewesen wäre.

Wenn auch das betreffende Gehirn nicht mikroskopisch untersucht ist, so glaubt Verf. doch annehmen zu dürfen, dass Anomalitäten in den Gefässwandungen vorhanden waren, wie er es in ähnlichen Fällen häufig beobachtet hat.

Den Zustand der Gefässe des Abdomens betrachtet Verf. in diesem Fall als bedeutungslos für die Lähmung der Hirngefässe, während dieselbe andernfalls von grosser Wichtigkeit für die Bluteirculation im Gehirn ist.

A scher (Dalldorf).

199) **J. M. Matthews** (Louisville, Ky.): Some obscure affections of the rectum. (Ueber einige dunkle Erkrankungen des Rectum.)

(The Medic. Rec. 3. November 1888.)

Man trifft nicht selten Fälle an, in denen zeitweise, namentlich während und nach der Defaecation, schmerzhaft Empfindung im Rectum entstehen. Finden sich daneben, wie häufig, eine Reihe hysterischer Symptome, so ist man geneigt auch jene Schmerzen als hysterische Erscheinung aufzufassen, während es sich, wie Verf. an einzelnen Beispielen zeigt, nicht selten um traumatische und andere Läsionen des Mastdarmes handelt, mit deren Betheiligung sämtliche nervöse Symptome verschwinden. Es ist daher in allen solchen Fällen eine genaue Ocular- und Digital. etc. Untersuchung vorzunehmen und zwar nicht nur des Rectums, sondern auch benachbarter Theile, da es sich auch um eine reflectirte Neurose handeln kann.

Voigt.

200) **M. Journée**: Monoplagie hystéro-traumatique guérie par une seule séance de suggestion. (Hystero-traumatische Monoplegie durch Suggestion in einer Sitzung geheilt.) (Le Progrès médical 1888. Nro. 47.)

Der Fall betrifft einen zwanzigjährigen der Hypnose zugänglichen Unteroffizier, der, selbst sonst gesund und intelligent, aus angeblich gesunder Familie stammte und nur im 8. Lebensjahre einmal an Krämpfen gelitten hatte. Die Lähmung des rechten Armes entwickelte sich 8 Tage nach einem leichten Fleuretstoss oberhalb des Ellbogens allmählich, mit einem Gefühl von Schwere und Kriebeln in der be-

treffenden Extremität; die Lähmung war keine vollständig schlaffe sondern es bestand ein leichter Grad von Contractur; der Muskelsinn war erhalten, Atrophie war nicht vorhanden dagegen völlige Anaesthetie sowohl der Haut als auch der tieferen Theile und zwar in der charakteristischen von Charcot beschriebenen Ausdehnung. Von hysterischen Stigmata fand sich nur eine Anaesthetie des Pharynx. Es wurden Kataplasmen verordnet und dem Kranken gesagt, dass, wenn am nächsten Tage eine Besserung nicht eingetreten sei, man die Lähmung in der Hypnose verschwinden machen werde. Die am nächsten Tage in der Hypnose vorgenommene Suggestion hatte denn auch den gewünschten Erfolg.

Holtermann.

201) **John Lord Babcock** (St. Louis): A case of lepra nervorum. (The Medic. Record 15. September 1888.)

Verf. gibt einige kurze geschichtliche Notizen über verschiedene in den Vereinigten Staaten und Canada beobachtete Lepra-Fälle und erzählt dann die Krankengeschichte seines Patienten, aus der folgendes hervorzuheben ist:

1. Die langsame Entwicklung der Erkrankung und deren Beginn mit *Bidenap's erythema polymorph. exsud.* (*Hebra's erythem. multif.*), das jeder Behandlung spottet, allmählich einer fleckigen Entfärbung unterliegt und mit heftigen langanhaltenden lancinirenden Schmerzen einhergeht.

2. Die stetige Zunahme der Atrophie und eine lang anhaltende Anästhesie.

3. Die kleinen und grössern, die supraorbitalen Wülste mit betreffenden Tuberkel.

4. Die deutlich lokalisirte Hyperästhesie.

5. Der Verlust an Gewicht und geschlechtlicher Potenz, die Beeinträchtigung des Geschmack's und Geruch's, die ciliare und supraciliare Alopexie.

6. Die Anschwellung verschiedener Drüsen und Nerven.

Die Diagnose des Falles war natürlich gesichert durch das Vorhandensein des charakteristischen Bacillus.

Voigt.

202) **Gilles de la Tourette**: De la technique à suivre dans le traitement par la Suspension de l'ataxie locomotrice progressive et de quelques autres maladies du système nerveux. (Die Technik der Suspension bei der Behandlung der Tabes und einiger anderer Krankheiten des Nervensystems.) (Le Progrès médical 1889. Nro. 8.) (Vergl. vorige Nummer.)

Verf. giebt in Ergänzung der vor Kurzem veröffentlichten Notiz (in voriger Nummer referirt) über dieses Verfahren in dem heutigen Aufsätze eine genaue mit Abbildungen illustrierte Beschreibung des bei der Suspension angewandten Apparates und knüpft daran einige praktische Bemerkungen.

Der Apparat besteht aus einer horizontalen eisernen, 45 Ctm. langen Stange, in deren Mitte ein Ring angebracht ist für den Haken

des Flaschenzuges, vermittelst dessen die Traction bewerkstelligt wird. Nach beiden Seiten hin läuft diese Stange in je einen Haken aus, an denen vermittelst zweier Ringe zwei Riemen befestigt sind, die wieder jeder eine den Körper in der Achselhöhle unterstützende Schlingen tragen. Die nach oben gerichtete Fläche der Stange hat rechts und links von der Mitte je drei Einschnitte; auf ihr sind ferner zwei verschiebbliche Ringe — einer auf jeder Hälfte — angebracht, die ihrerseits an zwei Riemen eine doppelte, breite, länglich dreieckige Schlinge tragen. Diese beiden Schlingen sind einander völlig gleich gearbeitet, die vordere trägt das Kinn, die hintere unterstützt die Gegend des Nackens. An der vorderen befindet sich seitwärts eine kleine Schnalle, die dazu dient, vermittelst eines an der hinteren Schlinge befestigten Riemens beide Theile mit einander zu verbinden und so das Abgleiten derselben bei der Suspension zu verhindern. Dieser Riemen muss sehr sorgfältig angezogen werden, da bei zu losem Sitze der Kopf aus der Schlinge gleiten kann, während bei zu festem Anziehen eine Compression der Jugulares stattfindet; er ist deshalb von 8—10 Löchern durchbohrt, um je nach dem Halsumfang gestellt zu werden. Je nach der Grösse des Kopfes kann nun die Schlinge selbst enger und breiter gemacht werden, indem man die auf der Stange laufenden Ringe in den auf der oberen Fläche der ersteren befindlichen Einschnitten einander nähert oder von einander entfernt.

Die für die Achselhöhle bestimmten Schlingen haben eine ovoide Form und sind in ihrem unteren Theile gepolstert; die Riemen mit denen sie an den Ringen und damit an der Stange befestigt sind, können je nach Grösse des Kranken länger oder kürzer geschnallt werden. Der Körper soll durch diese Achselträger einen Stützpunkt finden, andererseits darf aber dieser Stützpunkt die Dehnung der Wirbelsäule nicht hindern.*) Ist der Apparat richtig angelegt, wird der Kranke auf Commando des Arztes durch einen Gehülfen langsam in die Höhe gezogen, um jeden brusken Zug an den Muskeln zu verhindern; dem Kranken wird aufgegeben, keine unwillkürliche Bewegungen, sobald der Fuss den Boden verlässt, zu nehmen, um seitliche Abweichungen und rotirende Bewegungen zu unterdrücken. Während er ganz ruhig hängt, muss er auf Commando von Zeit zu Zeit langsame verticale Bewegungen der Arme ausführen, durch welche der Zug an der Wirbelsäule verstärkt wird.

Die Dauer der Sitzungen soll im Mittel 3, höchstens 4 Minuten betragen; man beginnt mit $\frac{1}{2}$ Minute und dehnt die Zeit allmählich innerhalb 7—8 Sitzungen auf die vorgeschriebene Zeit aus. Dabei ist das Gewicht der Kranken in Betracht zu ziehen, je schwerer der Körper, um so stärker wirkt natürlich der Zug, so dass schwere Personen geringere Zeit suspendirt werden müssen, wenn man vermeiden

*) Die Suspension erfolgt nicht durch ein Sayre'sches Corset, wie in dem vorigen Ref. irrthümlich angegeben, sondern durch einen Apparat, wie er zur Anlegung des Sayre'schen Corset's benutzt wird.

will, dass heftige Muskelschmerzen und starke Ermüdung, die im Allgemeinen mehr schaden als nützen, sich einstellen.

Die Sitzungen finden alle zwei Tage statt; die Erfahrung hat gelehrt, dass tägliche Suspensionen mehr schädlich als nützlich sind. Die Tageszeit ist nicht von Belang, Regelmässigkeit der Sitzungen jedoch erforderlich.

Nach 3 Minuten wird der Kranke langsam, so dass keine Erschütterung beim Berühren des Bodens eintritt, herabgelassen, während des Abnehmens des Apparates wird er unterstützt und dann für einige Minuten in einen Fautieul gesetzt, damit er sich ausruht.

Die Oberkleider werden zu Beginn der Sitzung abgelegt, damit die Arme frei sind; der Hals muss nackt oder doch nicht von einem engen Halskragen umgeben sein, da sonst leicht Compressionserscheinungen auftreten.

Wie lange das Verfahren in jedem einzelnen Falle fortgesetzt werden soll, ist noch unentschieden; die Kranken in der Salpêtrièr wurden 4 Monate so behandelt, die Besserung machte allmähliche Fortschritte.

Bei jugendlichen Tabikern waren die Erfolge wenig ermuthigend. Ueber die bei älteren an Tabes leidenden Individuen sowie bei anderen Erkrankungen des Nervensystems erreichten Resultaten ist in der oben erwähnten neulichen Notiz berichtet worden.

Holtermann.

203) **Brush** (Philadelphia): Notes on some clinical expericuces with insomnia. (Bemerkungen über klinische Beobachtungen von Schlaflosigkeit.) (American Journal of Insanity. Jan. 1889 pag. 351.)

Bei allen Fällen von Schlaflosigkeit ist vor allen Dingen nach den Ursachen derselben zu forschen; nicht ohne weiteres darf man Schlafmittel verordnen. Verfasser berichtet 4 Fälle aus seiner Praxis, wo die Patienten trotz mehr oder minder hoher Gaben von Hypnotics keinen Schlaf hatten finden können. Kalte Abreibungen, Bäder, gute und passende Ernährung — falls nothwendig auch Gaben von Chinin und Eisen, heissen Punsch, alles dieses je nach den Einzelumständen verordnet, liessen B. meist die Schlaflosigkeit bekämpfen; nach mehr oder nach minder langer Zeit trat dann Schlaf ohne Hilfe ein.

Im März 1888 hat schon Eccles im Practitioner ein ähnliches Verfahren veröffentlicht. Derselbe empfahl zuerst eine Kopfdouche von 100° F (38° C.) zu geben, während der Patient nackt zum Bade bereit steht. Dadurch sollen sich die Hautgefässe contrahiren, die der inneren Organe erweitern und dies insbesondere im Gehirn in Folge der heissen Douch. Kommt nun der Kranke ins warme Bad, so erweitern sich die Gefässe des Stammes wieder und zwar besonders an der Oberfläche, wodurch das Gehirn wieder entlastet wird und in einem zur Ruhe am meisten geeigneten Zustand gelangt.

Bei Anwendung der Bäder hat man sowohl bei Anaemischen, wie bei Deliranten und Maniakalischen, wegen beobachteter bedrohlicher Symptome Vorsicht zu üben.

Die Bemerkung des Verfassers, dass er in einigen Fällen Schlaflosigkeit nach Gebrauch von Chinarinde beobachtet hat, welche nach dem Aussetzen des Medicaments ausblieb, soll auch hier nicht übergangen werden.

Ascher (Dalldorf).

204) G. Cousot (Dinant): Idiotie avec cachexie pachydermique. (Ein Fall von Idiotie mit Myxoedem.) (Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique Nro. 51. 1888.)

So relativ häufig Beobachtungen von Myxoedem bei Erwachsenen gemacht werden, sind Fälle von Idiotie im Anschluss an ein in der Periode der Entwicklung aufgetretenes Myxoedem immerhin noch wenig bekannt. Bourneville und Bricon haben 13 derartige Fälle veröffentlicht (Archives de Neurologie 1886), und ihre Ansicht dahin ausgesprochen, dass es sich nicht um Cretinismus sondern um Idiotie mit Myxoedem handle.

Die 1 Meter grosse Kranke kam im 31. Lebensjahre zur Beobachtung; ihr Vater litt an Elephantiasis; die Mutter war gesund, hatte 6 Kinder, von denen eins an unbekannter Erkrankung starb, während ein zweites hemiplegisch ist. Die Kranke war bei Geburt wohlgebildet und kräftig; im Alter von sechs Monaten wurde das Gesicht ausdrucksvoll, die Zunge voluminös, das Kind blieb im Wachstum zurück. Im zweiten Lebensjahre machte sie eine leichte Blatternaffection durch. Bei der Untersuchung der völlig blödsinnigen Kranken fanden sich die charakteristischen Symptome des Myxoedem's deutlich ausgeprägt, das Gesicht und der Körper waren gedunsen durch ein hartes allgemeines Oedem, die Haut von wächserner Farbe, kühl blass, trocken, ohne jede Schweisssecretion und ohne jeden Haarwuchs mit Ausnahme am Kopfe, der mit kurzen borstigen schwarzen Haaren bedeckt war. Die Extremitäten waren in gleicher Weise oedematös, die unteren leicht cyanotisch. Das Gesicht, dessen untere Parthie schnauzenförmig hervortrat, hatte ein thierisches Aussehen; die stark verdickte Zunge hing aus dem Munde heraus, aus dem der Speichel continuirlich abfloss. Die Kranke war unreinlich; es bestand hartnäckige Verstopfung oft bis zu 3 Wochen; zwischen dem 20. u. 31. Lebensjahre wurde verschiedene Male sanguinolenter Ausfluss aus der Scheide beobachtet.

Die Schilddrüse konnte nicht gefunden werden, obgleich Larynx und Trachea leicht palpabel waren. Die Kranke ging 32 Jahre alt, an Marasmus zu Grunde. Section nicht gestattet.

Holtermann.

205) Febvré: Observation de tuberculose et d'alcoolisme. Alternance des troubles intellectuels et des troubles physiques. (Ein Fall von Tuberculose und Alkoholismus mit alternirendem Auftreten der geistigen und körperlichen Störungen.) (Le Progrès médical 1888. Nro. 48.)

Eine 50 jährige Frau, stark tuberculös belastet, die selber Erkrankungen der Lunge mit Haemoptoe durchgemacht hatte, wurde im

Juni 1887 in's Asyl aufgenommen, da sie in Folge von subacutem Alkoholismus an Verfolgungsideen mit Selbstmordtrieb, schreckhaften Hallucinationen namentlich des Gehörs, dann aber auch des Gesichts und des Allgemeingefühls litt. Die Intelligenz erschien abgeschwächt, daneben waren auch Wahnideen hypochondrischen Characters vorhanden. Während der Behandlung im Asyl traten die tuberculösen Erscheinungen zurück, das Allgemeinbefinden besserte sich, dagegen dauerten die Hallucinationen fort. Im März 1888 trat plötzlich unter Fieberscheinungen ein neuer Nachschub der phthisischen Erkrankung auf und von dem Augenblick an waren die Hallucinationen verschwunden zur grössten Freude der Kranken, die sich für geheilt haltend ihre Entlassung forderte. Sie erhielt dieselbe, war aber nach wenigen Tagen gezwungen, wegen ihrer Lungenerkrankung ein Hospital aufzusuchen.
Holtermann.

206) **Henry Handford** (Nottingham): Cases of general paralysis of the insane. (Fälle von allgemeiner Paralyse der Irren.)

(The Lancet. 15. Decemb. 1888.)

Wie a priori zu erwarten steht, können in Anbetracht, dass das paralytische Irresein zur wesentlichsten anatomischen Grundlage im Anfange eine Hyperaemie der Rinde des Vorderhirns und später eine zur Rindenatrophie führende Periencephalomeningitis diffusa chronica hat, nicht allein psychische Störungen, sondern auch Meningitis, selbst Myelitis und andere ähnliche Processe in jene Krankheitsform ihren Ausgang nehmen.

Dass dem wirklich so ist, bestätigen fünf von H. mitgetheilte derartige Beobachtungen, nur dass hier die Störungen der Intelligenz vor dem Beginn der allgemeinen Paralyse nicht so deutlich in den Vordergrund traten, wie dies bei den idiopathischen Psychosen der Fall zu sein pflegt.

Pauli.

207) **P. Pope** (Birmingham): Recovery from chronic insanity — four cases — with the record of fourteen other cases in which recovery took place in over three years. (Heilung chronischer Geisteskrankheit.)

(The journal of mental science. Jan. 1889.)

Verf. hat in einer 13 jährigen Praxis nicht weniger als 17 Fälle von Geisteskrankheit, die über 3 Jahre gedauert hatten, beobachten können; 4 derselben werden kurz geschildert.

G. M., 40 Jahre alt, wurde 1878 wegen Epilepsie und Geistesstörung in die Irrenanstalt aufgenommen. Unter Bromkaliumbehandlung minderten sich sowohl die epil. Anfälle, als auch die diesen folgenden oder sie vertretenden Aufregungszustände. Ein mehrmaliger Versuch ohne Brom auszukommen missglückte. Jetzt ist Pat. seit Frühjahr 1887 völlig geheilt; allerdings nimmt er noch 4 gr. Bromkal. pro die.

W. W., 51 Jahre alt, wurde 1864 wegen grosser Aufregung und Ideenflucht aufgenommen; zugleich hatte er mannigfache Wahnideen und Hallucinationen. Die Aufregung dauerte mehrere Monate und wiederholte sich bis zum Jahre 1869. Von da an wurde er ganz langsam besser, so dass er 1875 geheilt entlassen werden konnte.

M. P. erkrankte im Jahre 1876, als sie noch ihr 13 Monate altes Kind stillte, an einer Manie. Nach einem Jahre bekam sie einen acuten Gelenkrheumatismus, mit dessen Abheilung zugleich auch die Psychose schwand. 1879 erkrankte sie wieder 7 Wochen nach ihrer 9. Entbindung infolge von Misshandlung seitens ihres Gatten. Die Aufregungszustände wechselten diesmal mit ruhigen Intervallen. Erst 1886 konnte Pat. geheilt entlassen werden, nachdem mittlerweile das Climacterium eingetreten war.

M. P., 35 Jahre alt, wurde 1876 wegen einer Melancholie aufgenommen; Nahrungsverweigerung, Veründigungs-ideen; sie wurde erst sehr langsam besser, als es gelang sie dauernd zu beschäftigen. Geheilt entlassen 1884.

Strauscheid.

208) M. Courtenay (Limerick): Case of foreign body in the oesophagus. (Fremdkörper im Oesophagus.)

(The journal of mental science. Jan. 1889.)

Die Dienstmagd M. L., 38 Jahre alt, wurde 1886 in die Irrenanstalt zu Limerick aufgenommen wegen hypochondrischen Irreseins. Sie glaubte Kopf und Mund wären verfault, vereitert, ihr Gehirn sickere durch, Magen und Leber seien mit Läusen gefüllt. Am 17. Jan. 1887 sagte Pat., dass sie am Tage vorher eine Kastanie verschluckt habe, die noch im Halse stecke; sie könne nichts mehr schlucken. In der That ass sie mehrere Tage lang nichts; die Sonde stiess in der Gegend des Schlundkopfes auf Widerstand. Doch wurde diesem Befunde keine Bedeutung mehr beigemessen, als man kurz darauf die Pat. heimlich essen sah. Dieselbe erholte sich rasch, wurde dick und stark. Ein Jahr später, am 20. Jan. 1888 verweigerte Pat. plötzlich wieder die Nahrung, weil sie nicht schlucken könne; zugleich zeigte sie auf den Hals wobei sie sagte: „Hier ist es, hier ist es.“ Sie wurde jetzt rasch mager und starb am 22. März 1888 an Phthisis florida. Bei der Section fand man ausser letzterer auf dem 5. und 6. Cervicalwirbel eine Kastanie liegen; der Oesophagus war an der Stelle durchulcerirt und ringsherum hatte die Entzündung des Bindegewebes eine Kapsel für den Fremdkörper geschaffen; die Wirbel waren von Periost entblösst, rauh und angenagt; die Kastanie war glatt und unverändert, als wäre sie eben verschluckt.

Auffallend ist es, wie ein runder glatter Körper in einer solchen Lage aufgehalten werden konnte, sowie dass derselbe selbst keine Veränderung erfuhr, während doch sogar die Wirbel angefressen waren. Endlich lehrt der Fall, dass man auch bei Hypochondern nicht alle Klagen als limine als irrsinnig zurückweisen darf. Strauscheid.

209) **Fr. Tullio** (Neapel): Le idee fisse considerate come disturbi psichici della neurasteni. (Die Zwangsvorstellungen als geistige Störungen der Neurasthenie betrachtet.)

(Giornale di neuropatologia. Mai-Juni 1888.)

210) **D. Ventra** (Nocera): Le idee fisse impulsive. (Paranoia rudimentale impulsiva.) (Ueber Zwangsvorstellungen.)

(Il Manicomio moderno. Dezember 1888.)

Tullio reiht an die Schilderung dreier Krankheitsgeschichten von Zwangsvorstellungen eine ziemlich vollständige Beschreibung dieser Krankheit, ihrer Geschichte, Aetiologie, Symptomatologie mit besonderer Berücksichtigung der unter dem Namen Agoraphobia, Misophobia und Ruphobia bekannten Zustände. Besonderes Gewicht legt Verf. auf den Nachweis, dass die Zwangsvorstellungen nicht in das Gebiet der Psychiatrie gehören, sondern ein Kapitel der internen Pathol. und Therap. darstellen; diesen höchst seltsamen Nachweis stützt Verf. auf 3 Gründe, nämlich 1. die Zwangsideen sind Symptome der Neurasthenie, gehören also in das Gebiet der internen Medicin [mit demselben Rechte natürlich alle auf dem Boden der Epil. und Hysterie entstehenden Geistesstörungen Ref.] 2. dieselben gehören weder zur Manie, noch zur Melancholie; es fehlen auch Illusionen und Hallucinationen — ergo sind sie keine Geisteskrankheiten (!) 3. die Kranken haben volles Bewusstsein, ja Krankheitseinsicht — also sind sie nicht geisteskrank (!!)

Die drei Krankheitsgeschichten sind kurz folgende: 1. Ein junger Mann von 28 Jahren, hereditär belastet, wird ohne besonderen Grund krank, zeigt ausgebreitete neurasthenische Symptome: Sensibilitäts-, Motilitäts- und Störungen der organischen Functionen. Ausserdem zeigte er Todesfurcht, Selbstmordneigung, Agoraphobie, Reisewuth etc. 2. Eine nicht belastete Frau, von 32 Jahren erkrankt infolge von Gemüthsbewegungen an Ruphobie. 3. Ein Mann von 34 Jahren aus gesunder Familie verfällt nach und nach der Zweifelsucht, die allmählich sein ganzes geistiges Leben ansfüllt.

Ventra bringt gleichfalls 3 Krankengeschichten. Bei einem jungen Manne der aus völlig gesunder Familie stammt, entwickelt sich infolge gehäufte sexueller Excesse und geistiger Ueberanstrengung eine schwere Neurasthenie und mit dieser Zwangsideen, so z. B. den Bruder tödten zu müssen, die bei geeigneter Behandlung wieder schwinden. Bei einer Wittve von 56 Jahren, die aus nervöser Familie stammt, stellen sich infolge fortwährender Gemüthsbewegungen Zwangsvorstellungen ein zu denen sich bald der Trieb ein kleines Mädchen zu ermorden gesellte; Pat. wurde von diesen impulsiven Zwangsideen befreit, nachdem sie eine Katze in einem Anfall getödtet hatte. Der dritte Kranke, ein Mann von 30 Jahren aus gesunder Familie erkrankt infolge von vielen Excessen und Gemüthsbewegungen an neurasthenischen Beschwerden und impulsiven Zwangsideen so z. B. zum Fenster sich hinauszustürzen; er wurde vollkommen geheilt. — Verfasser schildert gleichfalls das bekannte Krankheitsbild, stellt sich aber im Gegensatz

T. ganz auf psychiatrischen Standpunkt. Er glaubt dass man die Neurasthenie, wie sie auf degenerativem Boden entsteht, wohl unterscheiden muss von der gemeinen durch schwächende Einwirkungen entstandenen und sucht einige Unterscheidungsmerkmale hierfür anzugeben. Immer ist eine Anhäufung von neurasthenischen Einflüssen nothwendig um eine impulsive Zwangsidee hervorzurufen. Verf. kann nicht eine günstige Prognose, die Westphal und Buccola bei diesen Fällen stellen, theilen; er sah Ausgang in sekundäre Demenz; meistens ist die Heilung der häufigste Ausgang.

Strausscheid.

b) Jenner (Cincinnati): Some points of medico-legal interest. (Einige Punkte von gerichtsarztlichem Interesse.) (Saint Louis Medical and Surgical Journal Nov. 1888. pag. 269.)

Das Gericht legt häufig auf das Urtheil des Irrenarztes zu wenig Werth. Das Zeugniß des Sachverständigen ist indess nicht selten genügend, indem dieser keine speciellen psychiatrischen Kenntnisse besitzt, andererseits fehlt es auch häufig dem Arzte an hinreichender Gelegenheit zur Beobachtung des betreffenden Individuums. Die Unterbringung desselben in eine Irrenanstalt wäre deshalb zuweilen nothwendig.

Ferner stimmen die Ansichten der Richter und der Psychiater über den Begriff der Geistesstörung und der Verantwortlichkeit nicht überein. Erstere wollen nur denjenigen für geisteskrank halten, der nicht und Unrecht zu unterscheiden nicht im Stande ist, während letztere die Frage nach der Verantwortlichkeit mit der Antwort auf die Frage, ob die betreffende Person geistig gesund ist oder nicht, erledigen wollen. Allerdings sollte das für geisteskrank erklärte Individuum nicht freigelassen werden, sondern nach Ermessen des Gerichts Befolgung ärztlichen Rathes zeitlich oder für immer in eine Anstalt eingebracht werden, event. auch mit Erwägung der besonderen Umstände des Falles mit Strafen belegt werden.

Ein grosser Theil der Verbrecher ist psychisch defect, häufig finden sich auch anatomische Degenerationszeichen nachweisen. Nach den Beobachtungen Robinsons gehört ein grosser Prozentsatz der Verbrecher Verbrecherfamilien an, in denen Geistes- oder Nervenkrankheiten vorkommen und die Verbrecher selbst, welche verschiedene Schädelanomalien haben, sind oft nervös beanlagt, sind schon oder werden geisteskrank. Darauf ist bei der Behandlung sowie Bestrafung der Verbrecher Rücksicht zu nehmen. Es sind zwei Gruppen von Verbrechern zu unterscheiden. Gelegenheitsverbrecher, welche durch Umstände, Versuchungen, blinde Leidenschaften dazu kommen, ein Verbrechen zu begehen und Gewohnheitsverbrecher, welche eine Geissel der menschlichen Gesellschaft sind. Zum Schutz derselben müssten die Gewohnheitsverbrecher als eine psychisch defecte Klasse sowie zum Zwecke der Verminderung der Zahl, von der übrigen menschlichen Ge-

sellschaft getrennt werden. In der practischen Anwendung dieser Grundsätze werden sich mache Schwierigkeiten ergeben, doch wird die Erfahrung die Klippen überwinden lehren.

Ascher (Dalldorf).

212) **F. D. Crothers** (Hartford, Conn.): Should inebriates be punished by death for crime. (Dürfen Trunksüchtige wegen Verbrechens mit dem Tode bestraft werden?). (The Medic. Record 20. October 1888.)

Es wird ausgeführt, dass die Alkoholisten geisteskrank sind, die man für ihre Handlungen nicht verantwortlich machen, also auch betreffenden Falles nicht als Verbrecher bestrafen dürfe; namentlich sei die Todesstrafe auszuschliessen. Am besten sei es, diejenigen Alkoholisten, welche unter dem Einflusse des Alkohols einen Mord u. s. w. begangen hätten, zeitlebens in's Arbeitshaus zu stecken.

Voigt.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

I. Société de médecine de Paris.

Sitzung vom 26. Januar 1889. (Union médic. 1889. Nro. 19.)

213) **Discussion über den Zusammenhang von Tabes u. Syphilis.**

de Rause citirt Oppenheim's Aeußerung in der klinischen Wochenschrift und stimmt dem bei, dass die klassische Tabes der specifischen Behandlung widersteht. Wo Heilung oder Besserung eintritt, kann man nur von Pseudotabes sprechen.

Abadie: Die specifische Tabes, wenn sie existirt, unterscheidet sich in keiner Weise, was klinische Zeichen und Behandlungsergebnisse anbelangt, von der gewöhnlichen Tabes. Er selbst will sich bei Besprechung dieser Frage nur auf die Atrophie des Opticus beschränken. Weder Jodkalium noch Quecksilber legen dem Verlauf einen Hemmschuh an, oft wirken sie sogar schädigend. Allerdings wäre das kein Beweis gegen die aetiologische Stellung der Syphilis zur Tabes, denn dasselbe kommt z. B. bei der Keratitis parenchymatosa, die fast immer der Syphilis angehört, vor. Auch die in Deutschland empfohlene Behandlung mit sehr grossen Dosen Jodkalium sei ohne eclatante Erfolge. Auf Dr. Wecker's Empfehlung hin hat er auch die Dehnung des Opticus bei 4 Fällen gemacht. Im ersten Fall will er eine gewisse Besserung, in den andern drei kein Resultat, wenn nicht ein schlechtes erzielt haben. Er rath, da keine Behandlung Nutzen schafft, Variationen in der antiluetischen Behandlung durch Einführung anderer Dosen und anderer Salze zu machen.

de Beauvais wandte in einem Falle von Sehnervenatrophie, w^o Jodkalium nichts genutzt hatte Pilocarpininjectionen und einen Hypophosphatsyrup (?) an mit auffallend günstigem Effect.

Abadie erklärt den Beauvais'schen, auch ihm bekannten Fall, für cerebraler Natur und Folge einer Neuritis.

Duroziez meint je weniger man bei Atactischen thut, desto besser befinden sie sich und spricht sich für Strychnininjectionen und den constanten Strom aus bei der Sehnervendegeneration der Tabes.

Rohden.

II. Société médicale des Hopitaux zu Paris.

Sitzung vom 8 Februar 1889. (Union médic. Nro: 20.)

214) Ballet spricht über die *Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zur Hinterstrangsklerose*. Wenn beide Symptomencomplexe gleichzeitig vorhanden wären, so wären zwei Krankheiten da, ebenso wie Neurasthenie sich häufig bei Tabes findet, namentlich bei hereditär Belasteten. Nur die Tachycardie betreffend weicht B. von Joffroy's Meinung ab, welcher diese nur für ein ungewöhnliches Symptom der Tabes hält. B. meint, dass die Tachycardie hier ebenso wie sonst ein „wahrhaft charakteristisches“ Zeichen der verschiedenen Formen von Basedow'scher Krankheit wäre.

Dumontpallier glaubt, dass Morbus Basedowii unheilbar wäre, Ballet jedoch citirt zwei kürzlich geheilte Fälle, von welchen allerdings der zweite in Melancholie ausgelaufen ist. Die verwischten Fälle heilen häufig. Heilmittel ist der constante Strom.

Rohden.

V. Bücher-Anzeigen.

Die einfach referirende, kritiklose Wiedergabe des Inhaltes einer in *Buchform* veröffentlichten Arbeit hält erfahrungsgemäss sehr viele Leser dieser Referate davon ab das Buch käuflich zu erwerben. Wer nicht gerade auf den Bahnen gleicher oder ähnlicher Studien sich bewegt, wird sich mit dem Referate des Inhaltes zufriedengeben. Darin liegt eine unberechenbare Schädigung der Autoren, denn, je geringer die Zahl der verkauften Bücher ist, desto geringer wird der Verleger das Honorar bemessen. Und es ist leider eine feststehende Thatsache, dass bei uns die Honorare von ihrer an und für sich höchst bescheidenen Höhe immer mehr heruntersinken und dass der Verkauf medicinischer Bücher immer mehr abnimmt.

Wer trägt an diesem Uebelstande die Schuld?

Zum grössten Theile die Centralblätter, die für ein Jahresabonnement *von höchstens 20 Mark* den genauen Inhalt von Büchern angeben, *die den zehn- und mehrfachen Preis kosten*.

Um unsererits nach der Erkenntniss des eigenen Fehlers so gleich den Entschluss der Besserung zu bethätigen, werden wir von jetzt ab *einfache Inhaltsangaben deutscher Bücher* nicht mehr bringen; wir werden die Bücher in dem neuen Abschnitte „Bücher-Anzeigen“ nur namentlich aufführen.

Die eingehende und vergleichende Kritik dieser Arbeiten bleibt von dieser Neuerung ebenso unberührt wie die ausländische Literatur.
Redaction.

- v. Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. III. Umgearbeitete Aufl. Stuttgart bei Enke 1888. 734 Seiten.
- Kirchhoff. Die Localisation psychischer Störungen. Habilitationsschrift. Kiel 1888 bei Schmidt und Klaunig. 34 Seiten.
- Ludwig Hirt. Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studierende. I. Hälfte (16 Bogen). Wien bei Schwarzenberg 1888.
- Ortloff. Gerichtlich medicinische Fälle und Abhandlungen. Unter Mitwirkung von Aerzten und Juristen. II. Verbrechenverführung im Traumwandeln. Berlin bei Siemenroth und Worms. 64 Seiten.
- Anton Heimann. Ueber Paralysis agitans (Schüttellähmung). Berlin bei Hirschwald 1888. 90 Seiten M. 2,40.
- von Krafft-Ebing. Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. Stuttgart bei Enke 1889. II. verm. und verb. Aufl. 92 Seiten M. 2.
- Georg Friedrich. Die persönliche Kraft und ihre Bedeutung für die geistige und physische Lebensthätigkeit der Menschen. München bei Friedrich 1889. 26 Seiten M. 0,75.
- Bernheim. Die Suggestion und ihre Heilwirkung. Autor. deutsche Ausgabe von Dr. Sigm. Freud. Leipzig und Wien bei Deutike 1889. II. Hälfte. (Die erste Hälfte ist 1888 erschienen.) Beide Theile 413 Seiten.
- Bairlacher. Die Suggestionstherapie und ihre Technik. Stuttgart bei Enke 1889. pag. 57.
- Laehr. Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfswissenschaften in allen Ländern. Berlin bei Reimer. 1889. III. vermehrte und verbesserte (fast verdoppelte) Auflage. 160 Seiten. M. 4.
- Magnus. Die Entstehung der reflectorischen Pupillenbewegung. Für den academischen und Selbst-Unterricht. Breslau bei Kern. 1889. Farbige Tafel und Text. M. 1,60.
- Mikrotherapie, die Behandlung der Erkrankung des Menschen mit Alkaloiden. Von einem älteren Arzte. Hamburg bei Jerich. 40 Seiten M. 1.
- Coen. Specielle Therapie des Stammelns und der verwandten Sprachstörung. Stuttgart bei Enke 1889. 112 Seiten M. 3,60.
- Hermann Nebel. Bewegungskuren mittelst schwedischer Heilgymnastik und Massage. Wiesbaden bei Bergmann 1889. 55 Abb. und 1 Tafel. 304 Seiten M. 8.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Rendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrestrasse 28)

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

15. April 1889.

Nro. 8.

Inhalt.

- I. Originalien.** I. Casuistische Beiträge zu den secretorisch-trophischen Störungen der Haut bei Neuritis. Von Dr. Albrecht Erlenmeyer.
- II. Referate und Kritiken.** Gowers und Horsley: Ein Fall von Rückenmarksgeschwulst mit Heilung durch Exstirpation. Aufmow und Blumenau: Intracranielle Geschwülste. Bruns: Multiple Hirnnervenlaesion nach Basisfractur. Seguin: Trophische Störungen und Krankheiten des Nervensystems. Pilliét: Multiple Misbildungen. Morgan: Erythro-Melalgia. Williams: Aural vertigo. Hadden: Bemerkungen über den Patellarreflex bei Diphtherie. Harrison: Behandlung partieller Muskelatrophie. Peterson: Armenklähmung mit Ataxie. Gaston: Cerebrospinal-Meningitis. Cree: Gehirn-Embolie. Sprague: Meningitis nach Scharlach. Croner: Spina bifida. Dana: Menthol- und Saffrol-Wirkung. Dunn: Cocain. Möbius: Ueber neuere elektrotherapeutische Arbeiten. Radziwillowicz: Ueber Cytisin. Kraepelin: Cytisin gegen Migräne. Rywosch: Vergleichende Versuche über die giftige Wirkung der Gallensäuren. Orschansky: Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Demenz. Tucek und Cramer: Ein Hydrocephalus ungewöhnlichen Umfangs. Mortimer: Allgemeine Irren-Paralyse. Pagès: Beitrag zur Lehre vom inducirten Irresein.
- III. Aus den Akademien und Vereinen.**
Société médico psychologique.
Pachoud et Claret: Bemerkungen über Sulfonal.

I. Originalien.

Aus meiner Poliklinik für Nervenkrankte.

Casuistische Beiträge zu den secretorisch-trophischen Störungen der Haut bei Neuritis.

Von Dr. ALBRECHT ERLENMEYER.

Aus einer grösseren Zahl neuritischer Erkrankungen möchte ich zwei Fälle veröffentlichen, weil sie im Vordergrund des Krankheitsbildes secretorische und trophische Hautstörungen dargeboten haben, die sowohl nach meiner eigenen als nach der Erfahrung der Autoren in dieser Art des Auftretens selten beobachtet zu sein scheinen. Mit

Absicht drücke ich mich hier vorsichtig aus. Denn die Literatur der Neuritis ist in kürzester Zeit so riesenhaft angeschwollen, dass für den Einzelnen eine genaue Einsicht in die fast unzählbaren Arbeiten unmöglich ist, und er sich nur an die Zusammenstellungen der neuesten Lehr- und Handbücher halten kann. Dort finde ich aber das von mir Beobachtete nicht angegeben und ich halte darum die Veröffentlichung nicht für ganz unberechtigt. Auch scheint mir beiden Fällen, die zu den einfachen, nicht zu den multiplen, auch nicht zu den degenerativen Neuritiden gehören, ausser der neurologischen Bedeutung noch ein dermatologisches Interesse beizuwohnen.

I. Acute infectiöse Neuritis des rechten N. medianus mit Anidrosis und ichthyotischer Veränderung der Epidermis an der Vola manus und der Beugeseite der Finger.

Frau A. R., 34 Jahre alt, erkrankte im Mai 1888 an epidemischer*) Diphtherie: Initialer Schüttelfrost; Temperatur bis 40,2; länglich-bohnengrosses Geschwür auf der rechten Mandel, welches mit Hinterlassung eines tiefen Substanzverlustes heilte. Keine Albuminurie.

Am vierten Tage der Erkrankung trat Schmerz und gelinde Steifigkeit fast aller Gelenke, besonders der kleinen Finger-, Hand- und Fussgelenke auf; Druck auf den Unterleib war ebenfalls schmerzhaft. Die Temperatur stieg nicht über 39,0, der Puls schwankte zwischen 84 und 92, der Urin war — und blieb — eiweissfrei. Behandlung: Bettlage; Chinin. muriat. zweimal 0,25. Am folgenden Tage verschwand das Fieber, am darauffolgenden die Schmerzen. Von da ab, also vom sechsten Krankheitstage ab, und nach dem Abfall des Fiebers entwickelte sich folgendes Krankheitsbild:

Von der rechten Schulter bis in die rechte Hand und die Fingerspitzen ausstrahlend, entsteht, leise beginnend und sich allmählich steigend, ein *beständig vorhandener Schmerz*. Gleichzeitig macht sich in unangenehmer Weise ein Gefühl von *Pelzigsein* und *Trockenheit der Haut* an der Innenfläche der Hand und der Finger bemerkbar. Die Kranke klagt über *Abschwächung des Gefühls* in Hand und Fingern, fühlt die angefassten Gegenstände undeutlich und scheut sich solche anzufassen, besonders wenn sie glatte Flächen haben wie Gläser, Teller Tassen; sie fürchtet dieselben nicht festhalten zu können und fallen zu lassen. An der Innenfläche der rechten Hand und der Finger wird *Aussetzen der Schweißsecretion* festgestellt. Die Kranke gehört zu jenen Menschen, die *beständig feuchte Hände* haben; alle Metalltheile des Haushaltes, wie Nadeln, Schlüssel, die Eisen-theile der Nähmaschine u. s. w., die mit ihren Händen in Berührung kommen, befinden sich im Zustande völliger Verrostung. Um so stärker fällt die absolute Trockenheit der rechten Handfläche gegen die feuchte linke Hand auf.

Am 8ten Krankheitstage nehme ich folgenden Status praesens auf: Der Schmerz in der rechten Oberextremität ist auf den N. medianus zu beziehen, da Druck auf diesen Nerven überall ausserordentlich schmerzhaft ist. Ebenso ist Druck auf die Daumenballenmuskeln und die Mittelhandballen des Zeige- und Mittelfingers schmerzhaft. Desgleichen Druck in die rechte Supra- und Infra-

*) In der Familie der Pat. erkrankten noch 2 Personen an Diphtherie, davon eine mit nachfolgender Albuminurie.

claviculargrube. Radialis und Ulnaris rechts sind ebenso wie die ganze linke Oberextremität schmerzfrei.

Die *Sensibilität* der rechten Hand- und Fingerflächen ist gegen Berührung entschieden abgestumpft, aber nur im Gebiete der Medianus-Ausbreitung; der kleine Finger und der Ulnarrand des Vierten sind frei. Die Localisation ist überall genau.

Die *actieve Beweglichkeit* des Arms ist behindert, aber nur relativ, in Folge des durch die Bewegungsversuche sich sehr steigenden Schmerzes. Die Beweglichkeit der drei ersten Finger ist absolut, wenn auch unerheblich herabgesetzt: eine Faust kann nicht gebildet werden; die Druckkraft ist vermindert. Dynamometer rechts: 16,5 Kilo, links: 21 Kilo (Mittel aus je 3 Prüfungen). Die Innendfläche der Hand und der Finger ist *gänzlich trocken*. Die Farbe dieser trocknen Theile ist *grau-bluss*. Die Haut fühlt sich *kühl* an. Die Pat. hat auch das Gefühl, als sei die r. Hand kälter als die linke. Links sind Hand und Finger an gleichen Stellen feucht, warm und haben die natürliche rothe Fleischfarbe.

In den folgenden Tagen entwickelte sich unter meiner fortgesetzten Beobachtung eine *Verhärtung* und dann eine *Abschülfung der Epidermis* und zwar genau in der Zone der Sensibilitätsabstumpfung, also in der Medianusausbreitung. Zuerst wurde die vorher weiche Haut des Handtellers und der Finger hart, hornartig, sodass eine darüber hingestrichene Nadelspitze ein deutlich hörbares Reibegeräusch hervorbringt. Dann traten überall millimetergrosse graue Streifen auf, die sich später als die Risse erkennen liessen, in denen sich die Epidermisschüppchen von einander absetzen. Diese grauen Streifen verbanden sich untereinander so, dass ein netzartiges Bild entstand, dessen Maschen von Epidermisschüppchen gebildet wurden; auch mit einem unregelmässigen Mosaik hatte das Bild Aehnlichkeit. Dann hob sich jedes einzelne Schüppchen an seiner Peripherie von der Unterlage ab, blieb aber mit seinem Centrum haften, so dass es aussah, wie ein Plättchen oder Schildchen mit leicht aufgekrämpften Rändern. Dann erfolgte die centrale Lösung jedes einzelnen Schüppchens, die allgemeine Abschuppung. Der vierte Finger schuppte sich ganz ab; der fünfte und der Ulnarrand der Hand thaten es nicht. Die Grenzlinie ist keine scharfe. Nach dem Arm zu zieht die quere Grenzlinie ungefähr vom Os pisiforme bis zum ersten Daumengelenk.

Ich hielt die Erkrankung für eine Neuritis des N. medianus und zwar vorzugsweise seiner secretorisch-trophischen Fasern, liess den Arm in einer Binde tragen und verordnete Salicylsäure 0,1 und salicylsaures Natron 1,5 zusammen, 3 stündlich 1 Pulver.

Die Erneuerung der Epidermis, von dem Auftreten der grauen Streifen bis zur Vollendung der Abschuppung dauerte 6 Tage. Mit der neuen Epidermis kehrte auch die Schweisssecretion zurück. Schon während der Abschuppung liessen die Schmerzen im Medianus nach, gleichzeitig die Parästhesien. Am längsten dauerte der Druckschmerz in der Oberschlüsselbeingrube. In 12 Tagen waren die sensibeln und secretorisch-trophischen Störungen vollständig vorüber, die Bewegungserschwerung der 3 ersten Finger dauerte noch 2 bis 3 Tage länger.

Im August 1888 trat, angeblich nach einer Erkältung und wahrscheinlich ohne Fieber, eine leichtere Wiederholung der Neuritis auf: die spontanen und Druck-Schmerzen im r. Medianus ebenso die Anidrosis der r. Hand und Finger

recidivirten für einige Tage. Die Verhornung und Abschuppung der Epidermis blieb aus. Die Kranke wurde sogleich ins Bett gelegt, der Arm wurde warm gehalten und es wurden grosse Dosen Salicylpräparate verordnet. Möglicherweise ist dadurch eine Coupirung herbeigeführt worden. Seitdem ist ein weiterer Anfall nicht eingetreten.

Im Wesentlichen handelt es sich also in dem vorgetragenen Falle um eine Erkrankung des rechten N. medianus, die eingesetzt hat nach dem Abfall des Fiebers bei einer epidemischen Diphtherie, und welche continuirliche Schmerzen in der Nervenbahn, Hypästhesie, leichte Parese, Anidrosis, Verhornung und Abschlüpfung der Epidermis im Gebiete seiner peripheren Verzweigung zu den wichtigsten Symptomen zählt. Ich glaube, es kann keinem Zweifel unterliegen, dass es sich um eine Neuritis des Medianus handelt und zwar um die infectiöse Art der Neuritis, hervorgerufen durch die Diphtherie. Diese, als Infektionskrankheit ist für die Entstehung der Neuritis verantwortlich zu machen; nicht die Temperatursteigerung als solche, die bereits verschwunden war, als die ersten neuritischen Erscheinungen auftraten. In Bezug auf die Auffassung der Ursache dieses Falles stelle ich mich ohne Bedenken auf den Standpunkt, welchen Th. Rosenheim*) schon 1887 für die multiple Neuritis eingenommen hat und sehe keine Schwierigkeit darin seine Erörterungen auf die infectiöse Neuritis *einzelner* Nerven zu übertragen. Rosenheim lässt auf Grund seiner Untersuchungen nicht ein organisirtes Virus als Krankheitserreger gelten, sondern glaubt, da er die multiple Neuritis nach Infektionskrankheiten trotzdem für eine infectiöse hält, an die deletäre Wirkung *chemischer* Stoffe, die er in den giftigen Stoffwechselproducten der Bacterien sucht.***) Diese Erklärung halte ich, wie gesagt, auch für zulässig und übertragbar auf die infectiöse Neuritis *einzelner* Nerven. Aus welchen Gründen die infectiöse oder Ptomain-Neuritis in dem einen Falle nur einen, in dem anderen Falle eine Vielheit von Nerven befällt, entzieht sich bis jetzt noch ganz und gar unserer Kenntniss. Auf der anderen Seite scheint mir, so weit ich sehe, ein wirklich wesentlicher Unterschied -- ausser eben der Verbreitung -- zwischen den beiden Formen noch nicht gefunden zu sein; spinaler Charakter, den man oft als Unterscheidungsmerkmal angeführt findet, wird auch bei der Neuritis einzelner Nerven beobachtet.

In dem oben mitgetheilten Falle ist ausser dem Umstande, dass nur der rechte N. medianus allein ergriffen worden ist -- während nach einer Infektionskrankheit eine Neuritis multiplex das häufigere Vorkommen darstellt -- die Anidrosis und die Verhornung und Abschuppung der Epidermis das Bemerkenswertheste. Ueber die Anidrosis seien mir hier noch einige Bemerkungen gestattet; die Besprechung der Epidermiserkrankung will ich mit der Epikrise des folgenden Falles verbinden, der in dieser Beziehung ein weit ausgebildeteres Krankheitsbild darbietet.

*) Th. Rosenheim, Zur Kenntniss der acuten infectiösen multiplen Neuritis. Arch. f. Psych. XVIII. pag. 782 ff.

**) L. c. pag. 803.

Zunächst führe ich an, dass ich *Anidrosis* als Symptom der Neuritis nirgends angegeben gefunden habe. Auch in dem mit ausserordentlichem Fleisse und grosser Sachkenntniss geschriebenen Aufsätze über Neuritis von Remak*) habe ich vergebens nach der Anidrosis gesucht.

Eine Erklärung dieses, wie es also scheint, seltenen Symptomes kann nur eine hypothetische sein, aber ich glaube, sie ist leicht zu finden und frei von jedem Deutungszwange. Wenn man den schweisserregenden Nervenfasern, an deren Dasein nicht zu zweifeln ist, ihren Weg in den Medianus anweist — und auch das steht wohl fest — dann würde eine Lähmung dieser schweisserregenden Nerven den Ausfall der Schweisssecretion, die Anidrosis erklären. Wollte man älteren Anschauungen huldigen, nach welchen Hyperidrosis als Folge von Lähmung der vasomotorischen Nerven (Durchschneidung des Sympathicus) gilt, dann muss man für die vorliegende Anidrosis einen Zustand der Reizung der Vasomotoren unterstellen. Diese Annahme würde auch die Kühle und Blässe der erkrankten Hand durch Einengung des Gefässgebietes derselben und dadurch verminderte Blutmenge zu erklären vermögen, während analog der zuerst vorgetragenen Anschauung diese vasomotorischen Symptome auf eine Lähmung gefässerweiternder Nerven bezogen werden müssten. Man könnte die Entscheidung durch eine Beantwortung der mehr allgemeinen Frage herbeizuführen versuchen, ob die functionelle Bethätigung eines Nerven im Zustande seiner Entzündung die Symptome der Reizung oder die der Lähmung darbiete, aber diese Frage entzieht sich gänzlich einer allgemein gültigen Beantwortung, weil die wechselnde Intensität des Entzündungsprocesses zweifellos geeignet ist die verschiedensten Stadien der beiden Zustände herbeizuführen. Es scheint mir durchaus nothwendig das einmal zu betonen, weil gegenheilige Ansichten über regelmässig vorhandene Zustände sehr verbreitet sind. Für den beschriebenen Fall nehme ich den Zustand der Lähmung des N. medianus an, weil mir die Annahme verschiedener Zustände für mehrere in einem Nervenstamme verlaufende Faserarten gerade bei der *infectiösen Krankheitsursache* nicht zulässig erscheint. Wenn die motorischen und sensiblen Fasern des Medianus ihren Lähmungszustand durch Parese und Hypaesthesia an den Tag legen, dann scheint mir bei den gegebenen Verhältnissen einer Infectiouskrankheit die Voraussetzung, dass auch die übrigen im Medianus verlaufenden Fasern, die secretorischen, trophischen und vasomotorischen, ebenfalls im Zustande der Lähmung sich befinden nur consequent zu sein. Und so führe ich die Anidrosis, die Epidermisaffection und die Kühle und Blässe der Hand und Finger auf eine Lähmung der schweisserregenden, trophischen und gefässerweiternden Nerven zurück.

Schliesslich sei noch darauf hingewiesen, wie auch dieser Fall beweist, dass die Symptome einer Neuritis abhängig sind von ihrer Localisation, beziehungsweise im Verhältnisse stehen zu den Functionen des befallenen Nerven und ferner, dass im Medianus motorische, sensible,

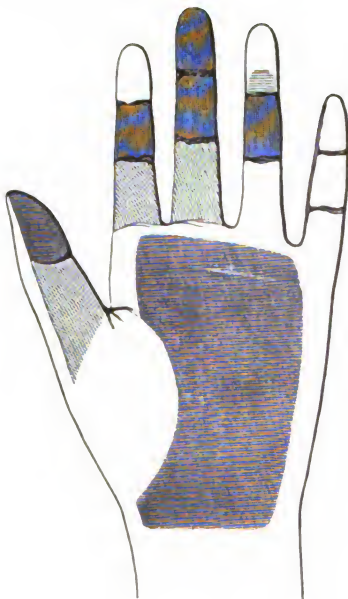
*) Real-Encyclopädie von Eulenburg, II. Aufl.

vasomotorische, trophische und secretorische Fasern verlaufen, dass er also ein gemischter Nerv von fast vollendeter Zusammensetzung ist.

II. Recidivirende infectiöse (?) Neuritis des linken N. medianus mit diffuser Ichthyosis an der Beugeseite der Hand und der Finger.

Mathilde W., 19 Jahre alt, Dienstmagd, stellte sich mir am 21. Januar d. J. zum ersten Male mit der Klage über Schmerzen und Steifheit in der linken Hand und den Fingern vor. Sie gab an, dass beide Symptome schon seit Anfang October 1888 beständen und bis jetzt allen Einreibungen und anderen ärztlichen Verordnungen Widerstand geleistet hätten; übrigens sei sie durch die Erkrankung in der Ausübung ihrer Berufsthätigkeit nur wenig gestört worden.

Ich will zunächst den *Status praesens* mittheilen und die übrigen aetiologicalen und pathogenetischen Verhältnisse nachher erörtern.



An der Volarseite der linken Hand am Nagelglied des Daumen, am Mittelglied des II. und IV. Fingers, an den zwei äusseren Gliedern des Mittelfingers und an einer unregelmässig vieleckigen Stelle der Mittelhand ist die Epidermis im Zustande *hornartiger Verdickung*. Der Daumenballen, der kleine Finger und der seiner Breite entsprechende Ulnarrand der Hand, die Nagelglieder des II. und IV. Fingers sind von der Verbildung der Epidermis völlig frei; an diesen Stellen ist die Haut weich und geschmeidig. Das vorletzte Daumenglied und die Basalglieder des II. und III. Fingers zeigen nur ganz geringe Grade der Missbildung. In der beigegeführten Skizze bedeutet die dunklere Schraffirung die Stellen stärker Verhornung, die hellere jene der schwächeren Hornbildung. Der erwähnte freigebliebene Ulnarrand der Hand bildet

■ die eine Aussengrenze der verhornten Stelle in der Mittelhand; die gegenüberliegende Grenze wird durch eine gebogene Linie dargestellt, die um den Daumenballen herumzieht; oben bleibt ein etwa 5 Millimeter breiter Streifen unter dem Ende der Fingerspalten frei und nach unten liegt die Grenze im Handgelenk auf der Höhe des Os pisiforme. In diesen Verhornungen der Hand- und der Finger-Haut sieht man allenthalben Risse und Furchen von verschiedener Tiefe und Länge. An den Fingern laufen sie meist parallel mit der Längsachse, in der Mittelhand haben sie verschiedene Richtungen. Bei besonders heftigen Bewegungen der Hand entleert sich zuweilen aus den sehr tiefen Rissen Blut. Nach diesen Furchen und Spaltungen hin fällt das Horngebilde nicht steil, sondern mit gebogenen Rändern ab, wodurch ein hügel- oder höckerförmiges Reliefbild herbeigeführt wird; denkt man sich einen Durchschnitt durch dieses Hügelrelief quer auf die Spalten gestellt, so entsteht ein Bild unregelmässiger Bogen, deren

Pfeiler von den Spalten, deren Gewölbe oder Kuppen von den verschieden hohen Hornhügeln gebildet werden. Auf der Dorsalseite bieten die Nagelglieder des II. und III. Fingers genau dasselbe Verhalten und Aussehen dar; nur stehen die Risse in der Hornschicht hier quer zur Längsachse.

Ausserordentlich auffallend ist die verschiedenene Farbe der Nägel: diejenigen des IV. und V. Finger haben ihre natürliche rosaroth durchscheinende Farbe mit dem weissen Halbmond an der Wurzel; der Daumnagel ist ein wenig heller, während die Nägel des II. und III. Fingers vollständig wie Nägel einer Leiche — grau-weiss — aussehen und auch die kleinste Andeutung einer Rosafärbung vermissen lassen. Die Haut ist überall trocken, nirgends finden sich Zeichen von Abschuppung oder Maceration.

Alle die im Zustande der Verhornung befindlichen Partien *schmerzen* spontan und noch mehr auf Druck. Die Patientin gibt ausdrücklich an, dass der Schmerz *beständig* vorhanden sei. Es schmerzen ferner auf Druck der Daumenballen, die dem Medianusverlauf entsprechende Mittellinie am Vorderarm, und die Oberschlüsselbeingrube. Der kleine Finger ist schmerzfrei.

Die *Berührungs-Sensibilität* ist in dem Ausbreitungsgebiet des Medianus abgestumpft; am II. und III. Finger (Nagelglied) bestehen leichte *Parästhesien*. Auffallend ist eine *Hyperästhesie gegen Wärme*: werden beide Hände zugleich in warmes Wasser getaucht, so empfindet die linke, kranke Hand das Wasser immer wärmer als die rechte.

Die *Bewegung* — besonders die Flexion — der Hand und sämtlicher Finger ist schmerzhaft. Es besteht nicht die Spur einer Parese; auch die von der Kranken angegebene Steifigkeit der Finger ist nicht vorhanden und löst sich bei genauer Untersuchung auf in eine überwindbare, lediglich durch den Schmerz verursachte Behinderung der Bewegung. Ein Temperaturunterschied zwischen links und rechts besteht weder subjectiv noch objectiv.

Auf der rechten Seite sind Hand und Finger in durchaus normalem Verhalten und schmerzfrei.

Ueber die *Entstehung* der geschilderten Erkrankung macht die Pat. folgende Angaben: Im Sommer 1886 habe sie „am Nagelgliede des linken Zeigefingers ein Panaritium gehabt; der Arzt“, welcher dasselbe geöffnet hat, habe gesagt, der Knochen sei erkrankt. Nach vielen Wochen erst habe die Eiterung aufgehört und die Wunde sich geschlossen. Dann habe sich an Hand und Finger genau derselbe Zustand mit Schmerzen und Verhornung eingestellt, wie er jetzt wieder vorliegt; kein Mittel habe geholfen, nach etwa 6½ Monaten sei ganz allmählich Besserung und schliesslich Heilung eingetreten. An der Radialseite des Nagelgliedes befindet sich eine 1½ Centim. lange gerade Narbe, von jener Eröffnung des Panaritium herrührend. Die Form des Nagelgliedes ist normal; Gelenksteifigkeit besteht nicht. Der Nagel hat eine verstärkte Krümmung, zeigt auf seiner Oberfläche longitudinale Risse und ist auf seiner unteren Fläche mit teigigen Epidermisschuppen bedeckt — es liegt also eine leichte Form von Onychogryphosis vor, die seit jener ersten Erkrankung, also seit 1886 ununterbrochen fortbestehen soll.

Die Untersuchung der Kranken ergibt im Uebrigen das Bestehen einer Basedow'schen Krankheit: sehr starker Exophthalmus duplex, grosse Struma und Tremor der Oberextremitäten, der sich besonders in den Abendstunden verstärkt, Morgens oft kaum sichtbar ist. Den Puls habe ich nie über 80 bis 84 beschleunigt

gefunden. Die Pupillen sind gleich, reagiren direct, consensuell und accomodativ normal, ebenso vollzieht sich die Lidhebung normal. Die Patellarsehnenreflexe sind beiderseits gleich und von gewöhnlicher Stärke.

Ich habe der Patientin innerlich Salicylpräparate gegeben (Acid. salicyl 0,15 mit Natr. sal. 1,5 dreistündlich 1 Pulver) und sie äusserlich mit dem constanten electr. Strom behandelt: An. in die Oberschlüsselbeingrube, Kath. auf die vola manus, 2,5 M. A., 2 Minuten, täglich. In der auffallend kurzen Zeit von 15 Sitzungen war völlige Heilung eingetreten, derart, dass sowohl die Schmerzen verschwunden waren, wie dass die Verhornung sich in weiche und geschmeidige Haut umgewandelt hatte. Diese Umwandlung vollzog sich schliesslich durch eine kleienförmige Abschilferung der Epidermis. Die Nägel des II. und III. Fingers blieben noch länger blass, aber 3 Wochen nach Beseitigung der Verhornung hatten sie auch ihre normale rosa Färbung wiedergewonnen. An dem Zeigefingernagel ist keine Aenderung eingetreten.

Die *Diagnose* wurde begründet durch folgende Symptome: Continuirlicher Schmerz im Verlauf und in der Handausbreitung des N. medianus; leichte Hypaesthesia und sehr ausgeprägte trophische Hautstörung in derselben Region; sie konnte nur lauten *Neuritis*.

Die *Ursache* der Neuritis ist nicht ganz aufzuhellen. Sie schloss sich das erste Mal an eine durch ein Panaritium hervorgerufene langdauernde Eiterung mit wahrscheinlicher Erkrankung des Knochens — vielleicht Periostitis — an, und die Möglichkeit ist nicht abzuweisen, dass dieser chronische Entzündungsprocess auf einen Nerven übergriffen, und dann eine Neuritis ascendens hervorgerufen hätte. Auch ist es denkbar, dass durch die Incision, deren Narbe gerade am Radialrande liegt, also dort, wo die Nervenendigungen verlaufen, eine Nervenverletzung mit neuritischen Folgezuständen herbeigeführt worden wäre. Diese beiden Annahmen haben den weiteren Verlauf und die Entwicklung des Krankheitsbildes für sich, denn es steht fest, dass trophische Störungen der Haut gerade bei traumatischer Neuritis am häufigsten vorkommen. Auf der anderen Seite ist auch die Möglichkeit einer Infection nicht abzuweisen. Von manchen Beobachtern wird überhaupt jede Neuritis für eine infectiöse gehalten, und auch diese Ansicht kann für meine Fälle berechtigt erscheinen. Sehr leicht nämlich konnten bei dem langdauernden Eiterungsprocess Infectionsträger einwandern, zumal die Kranke eine Dienstmagd ist und während jener Zeit ihrem Berufe oblag, bei dessen Ausübung selbst mit dem besten Willen die innige Berührung aller möglichen schmutzigen Dinge gar nicht zu vermeiden ist. Was mich für die Idee der Infection einnehmen könnte, ist das Recidiviren der Neuritis, die nach einem freien Zwischenraume von fast $13\frac{1}{4}$ Jahren in derselben Form und an derselben Stelle wieder auftritt, und zwar wieder auftritt ohne eine wieder vorhergegangene traumatische Erkrankung. Auch bei dem ersten Falle, wo es sich ja ganz zweifellos um eine infectiöse Form der Neuritis handelte, war nach 2 Monaten ein leichtes Recidiv an demselben Nerven, wenn auch nicht mit allen Symptomen der ersten Erkrankung beobachtet worden und ich kann mich der Ansicht nicht verschliessen, dass gerade dieses Recidiviren ohne nachweisbare Neuursache, ein charak-

teristisches Symptom für die infectiöse Natur einer Neuritis sein kann. Welcher Art der dabei in Betracht kommende pathologische Vorgang ist; ob die Stoffwechselproducte der Bacterien bei der ersten Erkrankung ihre inficirende Kraft nicht gänzlich erschöpfen; ob, wo und wie dieselben im Organismus zurückgestellt; und endlich unter welchen Bedingungen und durch welche Anlässe sie wieder aufs neue in den Kreislauf gelangen und ihre inficirende Kraft bethätigen. — Alles das sind Fragen, die hier in Betracht kommen, aber noch einer Antwort harren. Eins darf ich bei dieser Frage nicht vergessen, nämlich an die recidivirenden Lähmungen, besonders die recidiv. Facialislähmungen zu erinnern, die ebenfalls im Verdachte stehen, infectiöser Natur zu sein.

Im hohen Grade auffallend ist die kurze Zeit von 14 Tagen, in welcher die völlige Heilung eingetreten ist. Als mir die Kranke erzählte, dass die erste Erkrankung vor 2 Jahren über 6 Monate gedauert habe und dass die jetzige schon über 2 Monate bestehe, sagte ich ihr, dass sie sich auf eine Behandlungsdauer von mindestens 4 Wochen gefasst machen müsste; ich selbst hatte wirklich aber noch eine viel geringere Hoffnung und ging nur experimenti causa an die Behandlung heran. Wie erstaunte ich, als schon nach der dritten galvanischen Sitzung die Schmerzen verschwunden waren und nach der siebten oder achten die Erweichung der Verhornung begann und sich von da ab rapide entwickelte.

Dieser ausserordentlich schnelle Heilungsprocess enthält auch ein nicht ganz unwichtiges differential-diagnostisches Hilfsmittel. Die geschilderte Erkrankung könnte nämlich bei oberflächlicher Betrachtung für die sogenannte „Anästhesie der Wäscherinnen“ gehalten werden, und ich darf nicht verschweigen, dass die Kranke selbst das Auftreten der zweiten Erkrankung ihrer Waschthätigkeit zuschreibt, und dass ein College, den sie vor mir consultirte, ihr darin Recht gegeben und das Waschen verboten hat — freilich ohne jeden Erfolg. Bei der Anästhesie der Wäscherinnen werden auch zumeist Hypästhesie, Parästhesie, heftige Schmerzen und leichte paretische Erscheinungen beobachtet; bald ist der Radialis, bald der Medianus befallen; auch vasomotorische Erscheinungen, und zwar ganz wie in meinem Falle, vorwiegend vasospastische Symptome wie Blässe und Kühle der Hand und Finger treten auf. Aber, und darin liegen zwei sehr wichtige Unterscheidungsmerkmale gegen meinen Fall, die Anästhesie der Wäscherinnen ist meistens doppelseitig und dann ist sie eine ausserordentlich hartnäckige Erkrankung, die Monate zu ihrer Beseitigung bedarf und bei der selbst im günstigsten Falle fast immer eine dauernde Gefühlsstörung zurückbleibt.

Wenn ich nun zu der Besprechung der beschriebenen *Hautaffection* übergehe, und die Symptome des ersten Falles hier mit hineinziehe, dann sage ich, dass ich beide Hautstörungen mit dem Namen Ichthyosis bezeichne. Selbstverständlich meine ich das in rein symptomatischem Sinne, und vermeide durchaus die Lehren der Dermatologie über die Ursache (Vererbung) und die symmetrische Verbreitung der

Ichthyosis. Es handelt sich hier lediglich um jene als „ausserordentlich selten“ bezeichneten Fälle, in denen die Krankheit von der Ausbreitung gewisser Nerven abhängig ist, also um Trophoneurosen, die *ätiologisch anders als die gewöhnliche Ichthyosis diffusa zu beurtheilen* sind.*) Ich füge hier gleich hinzu, dass sie auch prognostisch ganz anders zu beurtheilen sind: die Ichthyosis der Dermatologen ist eine äusserst langwierige Krankheit, während die Ichthyosis tropho-neurotica eine gute Prognose bietet, in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit heilbar erscheint.

Nach der Beschreibung in den gangbarsten Lehrbüchern deckt sich das Symptomenbild meines ersten Falles mit den geringsten Graden der Ichthyosis. Es kommt zunächst wesentlich auf die Verhärtung und die Verhornung der Epidermis an, und die durch genau und bestimmt erkennbare kleine Risse hervorgerufene Mosaikzeichnung, wodurch eine gewisse Aehnlichkeit mit Fisch- oder Schlangenhaut hervorgerufen wird; ferner dann auf die Art der Abschuppung, wobei jedes dieser abfallenden Schüppchen ein noch deutlich messbares, seine, wenn auch unregelmässige Form wahrendes Plättchen darstellt. Entschieden, aber nicht schwer ist dieser Vorgang zu differenzieren von der gewöhnlichen, bei der „glossy skin“ der multiplen Neuritis häufig beobachteten Abstaubung der Epidermis, wobei das Abfallproduct nach Form und Farbe am Besten als mehlartiger Staub zu bezeichnen ist. Dort ist die Farbe weiss, von bestimmten Formen ist keine Rede mehr, der Abfall ist weich; hier liegen graue, mosaik- oder unregelmässig plattenförmige, harte, hornartige Schildchen oder Schüppchen vor. Der Zustand der Haut, den ich bei der zweiten Patientin geschildert habe, entspricht den stärkeren Graden der Ichthyosis; die Einrisse und Spalten in den Platten der verdickten Hornschicht sind für die Erkrankung typisch.

Mir scheint eine gewisse Berechtigung vorzuliegen die geschilderten ichthyotischen Hautveränderungen bei (infectiöser) Neuritis als selten zu bezeichnen. Die Aeusserungen Lesser's habe ich schon oben citirt. Wa sich selbst bei einer recht grossen Zahl neuritischer Erkrankungen, sowohl bei einfachen wie multiplen, von secretorisch-trophischen Begleiterscheinungen gesehen habe, war Hyperidrosis mit eigenthümlich unangenehm riechender Epidermismaceration, waren subcutane Oedeme, Anschwellung von Gelenken und Finger -- wahrscheinlich auch ödematösen Ursprungs -- waren ferner Herpes Zoster und Glossy-skin -- von den Amyotrophien zu schweigen. Remak sagt in seiner schon angeführten vortrefflichen Arbeit von der Ichthyosis, dass sie „bei chronischen Reizungszuständen peripherischer Nerven beobachtet“ worden sei, führt aber in seinem 182 Nummern umfassenden Literatur-Verzeichniss nur eine Belegstelle**) an, und diese gehört meines Erachtens nicht hierher. *Beiläufig* wird dort von einer „ältlichen Dame“ erzählt, welche durch *Luxation des rechten Humerus* eine hochgra-

*) Lesser, Lehrb. d. Hautkrankheiten. II. Aufl. Leipzig 1886. pag. 205.

**) A. Eulenburg, Casuist. Beitr. zu den Neurosen der oberen Extremitäten. Vortrag. Berlin. klin. W. 1873. Nro. 3. 2 Seiten.

„dige Lähmung des Arms mit schweren sensibelen und vasomotorisch-trophischen Störungen davongetragen hatte. Die Lähmung hatte hier vorzugsweise den Deltoideus und die Extensoren des Vorderarmes afficirt. Neben partieller Anästhesie des Ulnaris bestand eine hyperästhetische Zone im Gebiete des Medianus. Die trophischen Störungen waren denen des eben geschilderten Falles*) sehr ähnlich, nur bestand, ausser der hypertrophischen Deformität der Nägel, auch noch eine anderweitige Hypertrophie der Epidermoidalgebilde an Handteller und Handrücken in Form grosser, harter, gelblich gefärbter Platten und Crusten (Ichthyosis).“

Aus dieser sehr einfachen Schilderung ist nur abzuleiten, dass durch die Luxation eine subcutane mechanische Verletzung des Plexus brachialis stattgefunden hat mit nachfolgender mehr oder weniger stark ausgebildeten Leitungsunterbrechung. Zu der Auffassung einer infectiösen Neuritis berechtigt die Krankheitsbeschreibung wohl schwerlich und deshalb sagte ich oben, der Fall gehöre nicht hierher.

Auch in meinem zweiten Falle war die erkrankte Hand trocken; es scheint aber nicht wohl statthaft von Anidrosis zu sprechen, weil kein Unterschied gegen die gesunde Hand bestand, die ebenfalls trocken war. Für den ersten Fall ergibt sich aber aus der Auffassung der ichthyotischen Abschuppung als Trophoneurose noch eine nicht unwichtige Beziehung zu der Anidrosis. Die Dermatologie lehrt,**) dass bei den geringsten Graden der Ichthyosis die Haut auffallend trocken erscheine und zwar „vielleicht auch nur in Folge der Beschleunigung der Verdunstung durch die Oberflächenvergrösserung.“ Diese letztere wird hervorgerufen durch die Abschuppung, und es müsste also die Anidrosis zeitlich nach der Abschuppung auftreten. In meinem ersten Falle bestand die Anidrosis mehrere Tage vor dem Beginne der Abschuppung. Der oben vermuthete ursächliche Zusammenhang trifft also hier nicht zu. Aber es ist denkbar, dass es sich bei gewöhnlicher Ichthyosis so verhält, während für die trophoneurotische Form das von mir beobachtete Verhalten das gewöhnliche ist, zuerst Anidrosis, dann Ichthyosis.

Schliesslich könnte man auch der Vorstellung huldigen, dass die Schweisssecretion irgend einen Einfluss habe auf die Ernährung der Epidermis, und dass also der Ausfall der ersteren eine Unterdrückung der letzteren im Gefolge habe. Dann wäre der Epidermisabfall nicht

*) 61 jähr. Mann. Schulterluxation links; „complete Aufhebung der Motilität in sämmtlichen Armnervenzstämmen“; „complete Anästhesie der ganzen Hand und des Vorderarms“. (Also auch zum Mindesten ein durch Quetschung entstandenes Leitungshinderniss.) Vasomotor.-trophische Störungen: Temperaturerniedrigung um 7,5° C., Glossy skin, Fehlen der Schweisssecretion; livide Hautfarbe; eingezogene, weissliche Flecken und Streifen an der Dorsalseite des Vorderarms; hypertrophische Deformität der Nägel; Verschmälnerung der Phalangen, kolbige Anschwellung der Gelenkenden, keilförmige Gestaltung der letzten Fingerglieder.

**) Lesser l. c. 204.

die Folge eines neuritischen Vorgangs in specifisch-trophischen Nerven, sondern einfach ein Absterben nach Unterbrechung der Ernährung. Zu beweisen ist eine solche Annahme nicht; aber ich glaubte ihre Möglichkeit doch andeuten zu sollen, weil die Anidrosis nicht nur überhaupt vor dem Epidermisverfall auftrat, sondern längere Zeit vor demselben.

II. Referate und Kritiken.

215) **Gowers und Horsley** (London): Ein Fall von Rückenmarksgeschwulst mit Heilung durch Exstirpation. Uebersetzt von Bernh. Brandis in Aachen. (A. Hirschwald Berlin 1889).

Horsley's bahnbrechende Experimente und Operationen auf dem Gebiete der Hirnphysiologie und Hirnchirurgie sind in unseren Blättern verschiedentlich zum Ausdruck gekommen und zuletzt noch vom Ref. in seiner Arbeit über „Beiträge zur Pathologie und Chirurgie des Gehirns“ (Centralbl. für Nervenheilkunde Nro. 22. 1888) gewürdigt worden. Vorliegende Schrift gibt uns Kunde davon, dass ihm auch auf dem noch wenig bearbeiteten Gebiete der Rückenmarkschirurgie der Ruhm des Pfadfinders zuerkannt werden muss. Diagnosticiert mag ein Rückenmarkstumor wohl schon häufiger sein, aber sicher noch niemals mit solchem Geschick und Glück operirt, wie es von Horsley geschehen. Die Schrift ist nach unserer Ansicht von einer so grossen, grundlegenden Wichtigkeit, dass wir nicht umhin können, dem Uebersetzer des wenig zugängigen englischen Originals für seine Mühewaltung hier unseren Dank auszusprechen. Ist doch dadurch sicherlich der grösseren Verbreitung dieser wichtigen, lebensrettenden Operation bedeutender Vorschub geleistet, zudem ist die Uebersetzung derartig gut gelungen, dass ein jeder mit Vergnügen das Werkchen bis zu Ende lesen wird. Durch besondere, glückliche Umstände sind wir schon heute in der Lage, den Inhalt der Uebersetzung, welche den Mitgliedern der deutschen Gesellschaft für Chirurgie bei dem 18. Congresse gewidmet ist, wiederzugeben und thun dies, so weit es für die Leser unseres Blattes von Interesse ist, d. h. indem wir die ausführlichen chirurgischen Auseinandersetzungen umgehen.

Eine kurze Erwähnung hat der vorliegende Fall in unserem Centralblatte pag. 432 vom Jahre 1888 gefunden, wo aus dem Brit. medical journal vom Jan. 16. 1888 der kurze Bericht der Autoren in der Royal medical and surgical society wiedergegeben ist. Die wenigen Bemerkungen, die dort gemacht sind, lassen weder die diagnostische noch die operative Bedeutung des Falles erkennen. Erst die ausführliche Publikation (case of tumour of the spinal cord. removal; recovery by W. R. Gowers and Victor Horsley Vol. LXXI of the Medico Chirurgical Transactions London 1888) gibt uns einen Einblick in die Wichtigkeit des behandelten Gegenstandes. An der Hand der trefflichen Uebersetzung wollen wir versuchen, unseren Lesern das Bemerkenswerthe mitzutheilen. Die Krankengeschichte

ist von G o w e r s geschrieben. Capt. G., 42 Jahre alt, war bis zum Jahre 1884 gesund. Keine Lues. 1884 wurde seine Frau in seiner Gegenwart überfahren und er entging demselben Schicksal dadurch, dass er sich auf den Rücken fallen liess. Gleich darauf dumpfer Schmerz in der unteren Gegend des Rückens, welcher verschwand, um später einem Schmerz unterhalb des linken Schulterblattes Platz zu machen. Der Schmerz war in seiner Intensität wechselnd, liess auch zeitweise ganz nach. Intercostalneuralgie, Aneurysma wurde diagnosticirt. Puls schwankend 120 Morgens, Abends 75. Ohnmachten mit epileptiformem Charakter. Der Schmerz steigert sich immer mehr, so dass Gemüth zu leiden anfangt. Ende 1886 erst Schwäche der Beine. Allmählich motorische und sensible Lähmung. Jetzt dachte man an ein organisches Leiden im Dorsaltheile des Rückenmarks. Gowers beobachtete absolute Lähmung der Beine und Verlust jeder Spur von Hantsensibilität bis zum schwertförmigen Fortsatz hinauf. Im Verlaufe des 6. und 7. Intercostalnerven heftiger Schmerz rund um den Thorax, dabei tonische und clonische Krämpfe in Ober- und Unterschenkelmuskeln. Blase ausgedehnt, Urin enthält Eiter. Die Symptome waren charakteristisch für eine transversale Läsion des Rückenmarkes etwas oberhalb der Mitte desselben. Druck auf Mark von aussen wurde vermuthet. Das am längsten vorhandene Symptom, der Schmerz, deutete auf Reizung der hinteren Wurzeln der linken Seite und darum auf einen seitlichen Sitz der Geschwulst, wofür auch sprach, dass zuerst das linke, dann das rechte Bein ergriffen worden war. Eine auf einer Seite des Rückenmarks vom Knochen ausgehende Geschwulst würde mit mehr Wahrscheinlichkeit durch Hervorwölbung der Theile sich bemerkbar gemacht haben, als wenn dieselbe auf den Wirbelkörpern ihren Sitz gehabt hätte. Da eine Aussicht auf Erfolg durch die Operation vorhanden schien, wurde Horsley aufgefordert, dieselbe zu machen.

Die chirurgische Geschichte des Falles ist von Victor Horsley geschrieben und sowohl diese als auch die Analyse von 57 anderen aus der Literatur gesammelten Fälle bietet des Interessanten und Belehrenden gar viel.

Horsley untersuchte den Patienten am 9. Juni 1887. Er fand ihn in halbsitzender Stellung und klagend über grosse Schmerzen, welche anfallsweise in den unteren Extremitäten und im Bauche auftraten. Beine gelähmt, schmerzhaft clonische Krämpfe. Druckempfindlichkeit an der linken Seite des 6. Rückenwirbels. Bis zum 5. Dorsalnerven gänzlicher Verlust der Sensibilität. Im linken 4. Intercostalraume schien die Sensibilität auch vermindert zu sein. Rechts war die Sensibilitätsstörung auf den 5. Zwischenrippenraum beschränkt; Blase und Mastdarm waren gelähmt. Temperatur normal. An demselben Tage Nachmittags Operation. Es wurde der obere Theil der Wurzeln des 6., der ganze Lauf des 5. Nerven bis zum foramen intervertebrale freigelegt. Cerebrospinalflüssigkeit floss reichlich aus, doch ohne abnormen Druck. Die Bögen der 4, 5 und 6 Rückenwirbel waren entfernt und es zeigte sich nichts Pathologisches, erst als durch

kühnes Vorgehen H. noch zwei Wirbelbögen entfernt hatte und die Dura öffnete, kam auf der linken Seite des subduralen Raumes eine runde, dunkel gefärbte, bläuliche Masse zum Vorschein, etwa 3 Millimeter im Durchmesser, der linken Seite der Medulla und ihrer Wurzelzone dicht anliegend. Nach weiterem Oeffnen der Dura sah man einen ovalen, mandelförmigen Körper von dunkler, bläulich rother Farbe, der mit seinem unteren Ende auf der obersten Wurzel des linken 4. Dorsalnerven rechts dass gerade da, wo die hinteren Wurzeln sich zu einem Stamme vereinigten. Fluctuation der Geschwulst. Nach oben Ausdehnung bis zum 3. Dorsalnerven, mit dem sie durch loses Bindegewebe, offenbar einer Arachnoidalfalte zusammenzuhängen schien. Der Tumor nahm gerade die Stelle des ligamentum denticulatum ein und war zwischen Dura und Medulla eingeklemmt. Pia und Arachnoidealblatt der Medulla gingen ununterbrochen über ihn hinweg. Einscheiden in die Kapsel und Abheben aus der in dem Seitenstrang gebildeten Grube. Wahrscheinlich war, dass die Marksubstanz zum Theil zerstört war; ziemlich starke Blutung der gesprengten Adhaesionen. Aneinanderlegen der 4" langen Schnittränder der Dura (ohne Suturen), Vereinigung der grossen Wunde. Drainage. Die Geschwulst erwies sich unter dem Mikroskop als Fibro-Myxom. Die Kapsel bestand aus zartem Bindegewebe, die Substanz war zusammengesetzt aus mucinartiger Grundmasse und aus Bindegewebszügen, welche durch dicht aneinander gelagerte, spindelförmige Zellen gebildet waren. Diese Bindegewebszüge umschlossen kuglige Hohlräume mit schleimiger Substanz angefüllt. Die Zellkerne waren theils rund, theils oval und hell tingirt, theils elliptisch, spindelförmig und dunkel und endlich von länglicher Gestalt und dunkler Färbung. Spärliche Blutgefässe.

Im ferneren Verlaufe des Falles zeigen sich keine erhöhten Temperaturen. Puls zwischen 90—100. Schmerzen in den nächsten Tagen bedeutend. Prima intentio 15. Juni. Sensibilität gegen Berührung stellt sich rasch wieder ein, linker Fuss noch gefühllos. Urin lässt Pat. wieder selbstständig. Beträchtliche Mengen von Cerebrospinalflüssigkeit fliessen ab. 22. Juni. Erste deutliche Bewegung des Beines im rechten Hüftgelenke. 20. Juli. Motor. Kraft im linken Beine macht sich bemerkbar. Ausfluss der Cerebrospinalflüssigkeit versiecht allmählich. 13. August wurde Pat. an die Küste geschickt. 17. Novbr. Täglich Spaziergänge mit Hilfe von zwei Stöcken. 24. Jan. 1888. Gang ist steif wie durch Ermüdung, Pat. kann übrigens 3 englische Meilen mit Leichtigkeit zurücklegen. 6. Juni. Pat. ist ganz gesund.

Die Operationsmethode umgehe ich hier, wer sich dafür interessiert, möge sie im Originale nachlesen.

Verf. glaubt durch dieselbe gezeigt zu haben, dass Trepanation der Wirbelsäule eine verhältnissmässig leichte, sichere und berechtigte Operation ist, deren Gefahren nicht grösser sind, als bei anderen Wunden. Septische Meningitis hat allerdings den Tod zur Folge, kann indessen in 1000 Fällen 999 Mal vermieden werden.

Die Analyse von 58 Fällen der Geschwülste der Rückenmarkshäute (einschliesslich des hier beschriebenen) ist vom Verf. tabellarisch

angeordnet, aus äusseren Gründen vom Uebersetzer jedoch in einfacher Form wiedergegeben worden.

Das *Alter* kann manchmal zur Diagnose beitragen. Interessant ist, dass in 4 Fällen von *Lipomen*, welche extradural sassen, das jüngste Alter zu 10 Monaten, das älteste zu 4 Jahren angegeben ist.

Sarcom (extradural) Durchschnitt 18 Jahre.

Echinokokken (extradural) Durchschnittsalter 34 Jahre.

Tuberkeln (extradural) Durchschnittsalter 39 Jahre.

Myxom (intradural) unter 11 Fällen ist das früheste Alter 19, das späteste 60, Durchschnitt also 43 Jahre.

Fibrom (intradural) Durchschnitt 44 Jahre.

Sarcom (intradural) Durchschnitt 41 Jahre.

Psammom (intradural) Durchschnitt 51 Jahre.

Tuberkeln (intradural) Durchschnitt 18½ Jahre.

Hinsichtlich des *Geschlechtes* hörten 24 dem männlichen und 30 dem weiblichen an. (Intradural 14 männlich, 22 weiblich, extradural 10 männlich, 8 weiblich.)

Die *Entstehungsursache* der Neubildungen ist gewöhnlich schwer zu bestimmen. Die hier erwähnten 4 Fälle von *Lipomen*, welche extradural sassen, waren sämtlich angeboren. Das Fett, welches im normalen Zustande den Raum zwischen Knochenwand und Rückenmarkshäuten zum grössten Theile ausfüllt, ist höchst gefässreich, kann desshalb gelegentlich hypertrophisch werden und so den tödtlichen Ausgang herbeiführen.

Von den extraduralen 5 *Sarcom*-Fällen ist als muthmassliche Ursache „Fall auf den Rücken“, „Verkühlung“, „Secundärerscheinung einer anderswo aufgetretenen Erkrankung“ angegeben.

Bei 7 Fällen intraduraler Myxome gestaltet sich die Ursache wie folgt:

Trauma	2 Fälle.
Verkühlung	2 „
Gebäract	1 Fall
Suppressio mensium	1 „
Schreck	1 „

Unter 7 Fällen intraduraler Fibrome:

Trauma	2 Fälle.
Verkühlung	3 „
Chlorose	1 Fall.
Uebermüdung	1 „

Unter den intraduralen Sarcomen:

Trauma	1 Fall.
Verkühlung	2 Fälle.
Zornausbruch	1 Fall.

Alle intraduralen Fälle zusammen geben folgende Tabelle:

Trauma	8 Fälle.
Verkühlung	8 „
Gemüthsbewegung	1 Fall.
Uebermüdung	1 „
Angeboren	1 „ (oder 4?)

Auffallend ist die häufige traumatische Entstehungsweise; 2 Geschwülste hat Verf. microscopisch genau untersucht und Hämatoïdinkörnchen, wovon viele in Kapseln eingeschlossen, gefunden, die man in der Nachbarschaft alter Blutextravasate zu sehen gewohnt ist. Dabei fehlte jegliche Spur frischen in die Geschwulstmasse ergossenen Blutes.

Die *Dauer* der Krankheitssymptome gestaltet sich folgendermassen:

Extradurale Geschwülste:

Lipom	im Mittel	1 1/2 Jahre
Sarcom	" "	9 Monate
Echinococcen	" "	6 "
Tuberkeln	" "	1 1/2 Jahre
Scirvhus	" "	1 1/2 "
<hr/>		
5 Jahre 7 Monate.		

Allgemeiner Durchschnitt 1 Jahr 1 Monat.

Intradurale Geschwülste:

Myxom	im Mittel	4 1/2 Jahre
Fibrom	" "	3 1/2 "
Sarcom	" "	2 "
Psammom	" "	3 1/2 "
Tuberkeln	" "	8 Monate
Parasitische Cyste	" "	9 "
<hr/>		
14 Jahre 6 Monate.		

Allgemeiner Durchschnitt 2 " 5 "

Wichtig für die Wahrscheinlichkeitsdiagnose ist die Beobachtung, dass die Symptome viel länger dauern, wenn das Uebel innerhalb der Rückenmarkshäute seinen Sitz hat, ohne Zweifel in Folge der grösseren Gutartigkeit der von den Häuten ausgehenden Neubildungen. Im Gegensatz zu Gehirntumoren, bei denen die Drucksymptome häufig plötzlich eintreten, scheint dies bei Rückenmarksgeschwülsten als Anfangserscheinung fast niemals vorzukommen. Die Reihenfolge der Symptome bei den extraduralen Geschwülsten ist meistens: Schmerz, motorische Lähmung, Sensibilitätsparalyse. Die beiden letzteren liegen sowohl in Bezug auf die Zeit ihres Auftretens als auch auf den Grad ihrer Heftigkeit nahe beisammen. Während bei der extraduralen Geschwulst die Reihenfolge der Symptome oft undeutlich ausgesprochen ist, erscheint uns bei der intraduralen dieselbe auffallend constant. Unter 33 Fällen bildete bei 21 der Schmerz das Anfangssymptom.

Bei vieren fiel im Anfang Schmerz und motorische Lähmung zusammen, bei sechs zeigte sich letztere allein. Ebenso auffallend ist ferner, dass die motorische Lähmung in der grössten Mehrzahl der Fälle der Sensibilitätsparalyse vorangeht. Der umgekehrte Fall findet sich nur 4 mal. Somit ergibt sich auch hier dieselbe Reihenfolge: Schmerz, motor. Lähmung, Sensibilitätsparalyse. Sowohl bei den extra- wie intraduralen Geschwülsten erreicht der Schmerz mit dem Eintreten der paralytischen Symptome eine entsetzliche Höhe. Darauf kommt es zu

Decubitus und später stirbt der Kranke an Pyaemie in Folge des letzteren oder an Uraemie durch Urinzersetzung. Da der Schmerz im Anfange der Krankheit meistens als rheumatischer aufgefasst wird, so ist eine Untersuchung über dessen Eigenthümlichkeiten bei Tumoren von hervorragender Bedeutung.

Wichtig ist die Thatsache, dass der Schmerz niemals oberhalb des Krankheitsherdes angegeben wird. Gewöhnlich empfindet ihn der Patient lediglich unterhalb desselben, was für den Operateur von hoher Bedeutung ist.

In einem der angeführten Fälle war der Sitz der Geschwulst am 7. und 8. Rückenwirbel, der Schmerz wurde gefühlt im Verlaufe des 9. Dorsalnerven, in dem oben beschriebenen Falle sass die Geschwulst dem 3. Rückenwirbel gegenüber und der Schmerz breitete sich im Bereiche des 5. Nerven aus. „In diesen beiden entsprach der Raumunterschied zwischen Sitz der Geschwulst und Schmerz deutlich dem anatomischen Verhältnisse der Nervenorgane und Wurzeln zu den Wirbeln und was noch etwas mehr ist, zu dem im menschlichen Körper allerdings noch unvollkommen bekanntem Verlaufe der Nervenfasern im Marke“. Folgende Schlüsse zieht Verf. aus seiner diesbezüglichen Untersuchung. 1) Wenn der Schmerz dem Verlaufe eines Nerven auf einer Seite genau entspricht, so darf man den Krankheitsherd im Verlaufe dieses Nerven vermuthen. 2) Wo keine Abgrenzung des Schmerzes besteht, wo aber ein anaesthetisches Gebiet in Uebereinstimmung mit der Nervenverzweigung deutlich markirt ist, gebietet es die Vorsicht, womöglich den oberen Rand der hyper- oder paraesthetischen Zone, wovon die obere Zone des anästhetischen Bereiches häufig umgeben wird, genau festzustellen. Bemerkenswerth ist noch, dass der Schmerz in den unteren Extremitäten fast ausnahmslos von den Sohlen aufwärts steigt, gerade so, wie die Anaesthesie sich beinah immer aufwärts entwickelt. In einzelnen Fällen (namentlich Lipomen) ist gar kein Schmerz verzeichnet.

Hinsichtlich der motor. Lähmung, derjenigen der Sensibilität, der Reflexe, der Muskelstarre, des Decubitus und der Ernährung der gelähmten Theile ist aus den Fällen von besonderer Bedeutung nichts hervorzuheben. Was den Sitz der Geschwulst anbetrifft, so sind folgende Punkte die bevorzugtesten:

- 1) dicht unter dem Centrum der Cervicalgegend,
- 2) oberes Ende der Dorsalgegend,
- 3) unteres Ende der Dorsalgegend.

Je weiter nach unten von der Cervicalgegend, um so grösser wird die Zahl der Fälle fast in demselben Verhältnisse, als das Mark in seinen Häuten immer weniger fest eingeschlossen liegt. Vielleicht deutet dies auf den traumatischen Ursprung der Mehrzahl hin.

Erweichung des Markes kam bei intraduralen häufiger als bei extraduralen Tumoren vor. Wo sie vorhanden war, ist sie als rothe oder gelbe Erweichung und als graue Degeneration angegeben. Hat dieselbe einen der grossen Markfaserzüge unterbrochen, so resultirt auf. und absteigende Degeneration in bekannter Art und Ausdehnung.

Dem Mittelpunkt der Geschwulst gegenüber ist die Erweichung am deutlichsten. Unter 6 Fällen geht dieselbe 4 Mal abwärts und 2 Mal aufwärts, was wohl auf Thrombose der grossen Mediangefässe der Medulla beruht.

Damit glauben wir die wichtigsten Punkte wiedergegeben zu haben. Möge unsere Auseinandersetzung ein Bild des überaus reichlichen und hochwichtigen Inhaltes der vorliegenden Schrift widerspiegeln und zum Studium derselben anregen! (Goldstein.

216) Anfimow und Blumenau: Fall von multiplen Geschwülsten in der Schädelhöhle. (Aus der Klinik des Prof. J. P. Mierszejewski.)

(Wratsch. Nro. 8.) Russisch.

36 jähriger Untersuchungsrichter wird am 6. 11. 1888 in die Klinik aufgenommen. Aus der *Anamnese* ergibt sich nur, dass seine Briefe seit einiger Zeit zwar logisch abgefasst, aber kurz und mit zitternden Zügen geschrieben seien, dass er schlecht sehe, Schwäche in den rechten Extremitäten zeigte. Bei der ersten Untersuchung im September ergab sich anamnestisch weder Syphilis noch Alkoholismus, noch vorangegangene Krämpfe, aber viel Aufregungen und Excesse in Venere. Leichte Muskelschwäche im Bereiche der beiden untern Aeste des rechten Facialis, beide Pupillen etwas erweitert, reagiren träge auf Licht, besser auf Distanz und schmerzhaft Reize; Lidschluss recht gut, Sehvermögen stark herabgesetzt, die Bewegungen der bulbi nach oben, unten und innen etwas erschwert, kein Schielen, Zunge zittert nicht, wird nach rechts abgelenkt, motorische Schwäche des rechten Arms mit bedeutender Muskelspannung und spastischen Erscheinungen, das rechte, etwas adducirte Bein ist schwächer, als der rechte Arm. Die mechanische Muskeleirregbarkeit der rechten Extremitäten sehr, die Sehnenreflexe ausserordentlich erhöht, es besteht sogar Handklonus, Sensibilität normal, Blase und Darm wirken gut, kein Schwanken bei Lidschluss. Nachdem der Kranke etwas über einen Monat in einem der St. Petersburger Hospitäler zugebracht hatte, wurde er am oben verzeichneten Tage in die Nervenlinik aufgenommen, wo ausser den oben angeführten Symptomen durch Dr. Naumow beiderseitige Stauungspapille im atrophischen Stadium, auf Licht träge reagirende Pupillen, leichte Ptose des ödematösen rechten Oberlides, fehlendes Gehör rechts (Knochenleitung = 0), Erhaltung aller Sensibilitätsqualitäten und gleiches electrisches Verhalten beider Körperhälften constatirt wurden. Grosse Schläfrigkeit, alle geistigen Functionen träge, Unreinlichkeit, Schmerz beim Percutiren der linken Scheitelhälfte. Der Kranke verbrachte 4 Tage bis zu seinem Tod in einem unveränderten Zustande, bei normaler T. und einem Pulse von 60—65 in der Minute und Cyanose der Hautdecken, Respiration langsam (8), erschwert, mit lautem, langem Expiration, Schmerzreize blieben unbeantwortet, keine Krämpfe, nur Nyctagmus.

Section, 41 Stunden nach dem unerwartet eingetretenen Tode. Schädeldecke normal, dura mater ungleichmässig verdickt, an ihrer innern Oberfläche links am grossen processus falciformis einige erbsen-

grosse Geschwülste, 3 Cm. nach aussen von diesem processus, dem linken Stirnlappen entsprechend, eine, den kleineren ähnliche, taubeneigrosse Geschwulst, unter welcher die Gehirnsubstanz in Form eines Dreiecks eingedrückt ist, dessen nach hinten und unten gekehrte Basis $2\frac{1}{2}$, dessen Höhe aber 3 Cm. misst; über den äussern Rand dieser Impression zieht die erste Stirnfurche, die eingedrückte Stelle befindet sich vollständig *in der 2. Stirnwindung* nicht weit vom sulcus praecentralis. Die dura lässt sich schwer von den unterhalb liegenden Stellen etwa in der Mitte des innern Randes der linken Gehirnconvexität abziehen wegen einer, mit der dura fest verbundenen, kugelförmigen Geschwulst, welche in einer Vertiefung der Gehirnsubstanz leicht ausschälbar liegt, etwas von unten nach oben abgeflacht ist und einen längeren Durchmesser von 5, einen kürzern von 4 Cm. zeigt; zwischen Geschwulst und Gehirnsubstanz liegt die leicht abziehbare pia und unter ihr das wohl erhaltene und seine Furchen noch aufweisende Gehirntheil. Der eingedrückte Theil betrifft den *gyrus paracentralis*, den *Obertheil der Rolando'sche Furche* und einen beträchtlichen Theil der ersten Central- und der ersten Stirnwindung und wird von der beschriebenen Vertiefung durch eine Scheidewand aus Gehirnsubstanz getrennt, welche an ihrem untern Theile durchlöchert ist. Auf einem Querschnitte durch die Vertiefung erscheinen die Rindenschichten verschmälert, die graue misst $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$, die weisse Substanz des Strahlkranzes 2—3 Mm., während an andern Stellen die entsprechende Masse $2\frac{1}{2}$ —4 resp. 9—11 betragen, die Centralganglien sind verschoben, der Nucleus caudatus liegt horizontal. Im vordersten Theile des linken Stirnlappens liegt gleichfalls eine Geschwulst, $4\frac{1}{2}$ Cm. im Durchmesser haltend, eng mit der dura verwachsen und mehr als 3 Cm. in die Gehirnsubstanz eindringend, welche in der Umgebung erweicht ist. Die ganze linke Hemisphäre ist von vorne nach hinten ausgezogen, das Hinterhorn bedeutend durch Flüssigkeit ausgedehnt, der rechte Seitenventrikel gleichfalls ausgedehnt, und viel Serum enthaltend, die Windungen beider Hemisphären verdichtet. Im vordern Abschnitte, der *rechten Kleinhirnhemisphäre und auf der rechten hinteren Fläche der Brücke* liegt auch eine Geschwulst mit höckeriger Oberfläche, 6 Cm. lang, $3\frac{1}{2}$ dick, die umgebenden Theile des Kleinhirns und die äussere Schicht der Brücke sind erweicht, die Erweichung hat den mittleren Kleinhirnschenkel und theilweise auch das untere Crus, bz. das corpus testiforme ergriffen, die Brücke und der obere Abschnitt des verlängerten Marks sind nach links verschoben. Auf einem, durch die Mitte der Brücke geführten Querschnitte ist Asymmetrie bemerkbar, aber auch auf höher angelegten Schnitten ist der Anfang des Aqueductus Sylvii nach links verschoben und von rechts her zusammengedrückt. Das Rückenmark bot makroskopisch keine Veränderungen, der übrige Sectionsbefund zeigte nichts besonderes.

Die von Blumenau angestellte mikroskopische Untersuchung der Geschwülste ergab, dass sie den Bau von Endotheliomen in deren verschiedenen Entwicklungsstadien darboten; die ältesten derselben waren die am vorderen Ende des linken Stirnlappens und im Klein-

hirn befindlichen. Besonders aufmerksam wurden die Stellen der Vertiefungen am obern $\frac{1}{3}$ der Centralwindung und der 2. Stirnwindung untersucht, wo sie nur Verdünnung zeigten. Wie schon erwähnt, waren diese beiden Vertiefungen durch eine Scheidewand von einander getrennt, welche bei näherer Betrachtung sich als eine kleine Windung mit einer innern dünnen Schicht weisser und zwei äussern Schichten grauer Substanz erwies. Nach Färbung theils mit Carmin, theils mit Hämatoxylin (Weigert) erwies sich in der an gewundenen Gefässen ziemlich reichen weissen Substanz Austritt von Leucocythen, Anwesenheit von Spinnenzellen und reichlicher Intercellularsubstanz. In der grauen Substanz fanden sich gleichfalls viele geschlängelte Gefässe, Trübung des ganzen Gewebes, welches rareficirt war und stellenweise scharf begrenzte Hohlräume, ausgetretene Leucocythen und umfangreichere körnige Kugeln zeigte. Die Zahl der Nervenzellen war vermindert, diese selbst hatten die meisten Fortsätze eingebüsst und waren spindelförmig entartet, einige bestanden nur aus Kernen mit etwas dieselben umgebendem Protoplasma. — Ausserdem *secundäre Entartung der Pyramidenstränge*, welche im Gehirn, vor der Pyramidenkreuzung in der linken, im Rückenmark aber in der rechten Hälfte gelegen war.

Aus der *Epikrise* sei hervorgehoben, dass das einzige Symptom das mit der gegenwärtigen Lokalisationslehre übereinstimmt, die Parese der rechtsseitigen Extremitäten darstellte, alle übrigen sind auf den Hirndruck zu beziehen, theils direct (Stauungspapille, Depression der Psyche und der Körperkraft), theils indirect (Facialislähmung Schwäche der Innervation durch den Oculomotorius u. a.); die Geschwulst im Kleinhirn hatte keine Symptome gesetzt. Hinze.

217) L. Bruns (Hannover): Multiple Hirnnervenlaesion nach Basisfractur. (Arch. f. Psych. XX. 2. p. 495.)

Die durch Trauma bewirkte Schädelbasisfractur bei einem 27 jährigen Manne hatte unter anderen Erscheinungen eine *rechtsseitige Facialislähmung* und *linksseitige Trigeminuslähmung* hervorgerufen. Verf. sieht diesen Fall als wichtigen Beitrag zu der viel discutirten Frage des Verlaufs der Geschmacksnerven an: es bestand nämlich *rechts totale Geschmackslähmung* dagegen *links intacte Geschmacksempfindung*. Da dieser Befund anscheinend in directem Widerspruch zu der von den meisten Autoren vertretenen Ansicht steht: dass nämlich der N. lingualis (ramus V. inframaxillaris trigemini) die sensitiven und specifischen Fasern für Spitze und Rand der Zunge führe, so schliesst der Verf. aus seinem Fall „dass wir auch jetzt noch über den Verlauf der Geschmacksnervenfasern keineswegs so sicher unterrichtet sind, wie man nach den Ansichten der meisten deutschen Hand- und Lehrbücher, die sich der Schiff'schen Theorie angeschlossen haben, glauben sollte.“ — Bei seiner Literaturdurchsicht hat Bruns wahrscheinlich — wie auch schon viele Autoren vor ihm — einen sehr wichtigen Fall von Bernhardt*), im Jahre 1875 publicirt, übersehen, bei welchem es sich um

*) Arch. f. Psych. VI. p. 561. Ref. wurde von der Redaction darauf aufmerksam gemacht.

eine unzweifelhafte Affection des Trigeminus an der Basis cranii handelt. Es war hier Verlust der Geschmacksempfindung nur an den vorderen zwei Dritteln der entsprechenden Zungenhälfte eingetreten, und es konnte die Intactheit des Facialis mit voller Sicherheit angenommen werden. B. schliesst daraus mit vollem Recht, dass der Zungenast des N. trigeminus Geschmacksempfindende Fasern führen müsse. Trotzdem gibt er zu, dass Facialislähmungen unterhalb des Knie's in der Mehrzahl der Fälle Geschmackslähmung der vorderen zwei Zungendrittel hervorgerufen habe. Wenn dies durch Vermittelung der Chorda tympani geschähe, so müssten aber wenigstens „diese Fasern 'durch den Stamm des N. trigeminus ihren centralen Endpunkt erreichen, mögen sie den Trigeminus nun auf der Bahn des N. Vidianus und des ganglion spheno-palatinum oder auf anderen Wegen (auriculo-temporalis) erreichen.“ — In diesen Worten liegt die Lösung des scheinbaren Widerspruchs der Fälle von Bruns und Bernhardt, nämlich in der Annahme: dass die Geschmacksfasern folgenden Weg einschlagen: Zungenspitze etc. — N. lingualis-chorda-tympani, Stamm des Facialis, ganglion geniculi — N. petrosus superficial. major — N. Vidianus, ganglion-spheno-paladium, — Verbindungsfasern — Ramus II. trigemini, Stamm des Trigeminus. In dem Bruns'schen Falle hätte dann die Verletzung *rechts* den Stamm des Facialis im Canalis Fallopieae zwischen Chordaeintritt und ganglion geniculi getroffen und *links* die 3 Trigeminusäste pheripher-wärts vom ganglion spheno-palatinum, was ja bei der auffallend *multiplen* Fractur keine zu künstliche Annahme ist. — In dem Bernhardt'schen Falle handelte es sich dagegen um eine Trigeminusverletzung centralwärts vom ganglion spheno-palatinum.

Langreuter.

218) **Seguin:** The relation between trophic lesions and diseases of the nervous system. (Die Beziehung zwischen trophischen Störungen und Krankheiten des Nervensystems.) (The Journal of Nervous and Mental Disease. Sept. 1888. pag. 533.)

Zwei Arten trophischer Störungen sind zu unterscheiden. 1) Solche in Organen, deren Sensibilität durch die Erkrankung des Nervensystems mehr oder weniger herabgesetzt ist und welche traumatischen und infectiösen Einflüssen ausgesetzt sind. Hierher gehören Hautulcerationen, Ausfallen von Nägeln und Haaren, Gelenkaffectionen, Knochenbrüche, Gangrän und Nekrosen sowie Störungen im Intestinaltractus. Diese trophischen Störungen kommen vor bei Sklerosis spinalis posterior, bei sogenannter Myelitis, bei Verletzungen der Chorda spinalis sowie der Nervenstämmen.

2) Spontane trophische Störungen, wie Muskelatrophie und Hautaffectionen, möglicherweise gehören auch Aenderungen in den Functionen der Drüsen hieher. Klinisch kommen diese Störungen vor nach Nervendurchschneidungen, bei Neuritis, bei entzündlichen Prozessen in den Vorderhörnern des Rückenmarks sowie in den entsprechenden Ganglienzügen der medulla oblongata.

Was die erste Gruppe von trophischen Störungen betrifft, so

stehen sich zwei Ansichten gegenüber. Nach der einen werden sie verursacht durch Alteration der betreffenden Nerven; traumatische und infectiöse Einflüsse sind nur etwas nebensächliches. Nach der zweiten Ansicht sind jene trophischen Störungen durch genannte Einflüsse veranlasst; die schädliche Einwirkung derselben ist indess nur möglich, da die Circulation und allgemeine Ernährung herabgesetzt ist. Für diese letztere Ansicht sprechen klinische und experimentelle Erfahrung: Wird nach Trigeminiisdurchschneidung das Auge gegen äussere Einflüsse geschützt, so treten Entzündungsprozesse des Auges nicht ein. Durch gute Behandlung (aseptische Reinlichkeit) können Ulcerationen, Nekrosen etc. im Gebiete verletzter oder durchschnittener Nerven vermieden werden. Bei gut behandelten und gepflegten Patienten mit Sclerosis spinalis posterior kommen ulcus perforans, Arthropathien, Fracturen etc. äusserst selten vor. Blasenentzündung wird bei alleinigem Gebrauch von wirklich aseptischen Kathetern wohl vermieden.

Anders die 2. Gruppe von trophischen Störungen, Muskelatrophie und Herpes. Erstere folgt mit fataler Nothwendigkeit auf die Verletzung von Nerven oder Zerstörung der entsprechenden Ganglienzellen. Die Veränderung in den Muskeln ist durch den electrischen Strom und das Mikroskop nachweisbar. Die Entwicklung derselben ist durch keine Behandlung zu vermeiden. — Als Ursache des Herpes hat man entzündliche und degenerative Prozesse im Ganglion der hinteren Wurzel des Nerven und im Nerven selbst gefunden. Diese Hauptaffection beschränkt sich stets auf das vom betreffenden Nerven versorgte Gebiet.

Da von trophischen Nerven anatomisch und physiologisch so gut wie nichts bekannt ist, so gehört es in das Gebiet der Speculation, die Physiologie der trophischen Störungen anzugeben. Anzunehmen ist indess, dass solche eintreten, sobald von der Krankheit des Nervensystems das dazwischen liggende continuirliche Gewebe abhängig ist, wie es der Fall ist beim neuromusculären Apparat, wo die letzten Nervenfibrillen in die Muskelsubstanz übergehen ebenso wie beim neurocutanen Apparat, wo sie in den Epithelien der Haut enden.

Ascher (Dalldorf).

219) A. Pilliét: Un cas de pied-bot double congénital, avec malformations multiples. (Ein Fall von angeborenem doppelseitigem Klumpfuss mit anderweitigen Missbildungen.)

Es handelte sich um einen 24 jährigen Imbecillen, dessen Vater brutaler Säufer war, dessen Mutter an Krebs zu Grunde ging und dessen im 8. Jahre gestorbener Bruder nie gehen gelernt hatte und alle Speisen erbrach. Er selbst trieb sich seit seinem 6. Lebensjahre bettelnd und vagabondirend umher, hatte 3—4 einfache Lieder gelernt die er dabei vortrug; lesen konnte er nicht, beim Sprechen stotterte er stark. Bei seiner Aufnahme wurde eine Reihe von Missbildungen constatirt. Der Schädel war platt mit stark vorspringenden Stirnhöckern gebaut, die Haare borstig, starr; die Zähne gerieft, cariös, der Gaumen hoch, ogival; das Kinn rückfliegend, die Ohren 5 Cm. lang, die Lappchen angewachsen. Die oberen Extremitäten waren trotz guter

Entwicklung schwach, es bestand leichter Intentionstremor. Die Testikel waren nussgross, äusserst empfindlich auf Druck. Die unteren Extremitäten zeigten Klumpfussbildung, Waden waren nicht entwickelt; das Fettgewebe war auf Kosten der Muskelmasse vermehrt. Am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes, des Anus und oberhalb der Geschlechtstheile fand sich keine Spur von Haarentwicklung. Der Kranke war übrigens gutmüthig, hatte nie epileptische Anfälle gehabt, erwies sich als nicht bildungsfähig.

Der Kranke hatte nach Ansicht des Verf. kurz vor oder bei der Geburt eine Erkrankung durchgemacht, welche die corticalen Centren des Gehirns und des Rückenmarkes sowie die noch unbekannten trophischen Centren der Haut in Mitleidenschaft zog und secundäre Läsionen in den Muskeln, dem fibrösen und Fettgewebe sowie in den Organen der Haut hervorbrachte. Diese Affection ist freilich lange abgelaufen, hat aber bleibende Veränderungen hinterlassen, als deren Ausdruck neben der geistigen Schwäche und dem Stottern die übrigen oben erwähnten Missbildungen namentlich der beiderseitige Klumpfuss, die Veränderungen in den Muskeln sowie die trophischen Störungen der Haut anzusehen sind.

Welcher Art diese Erkrankung war, ob sie mit dem Alkoholismus des Vaters zusammenhing oder ob es sich um eine Infektionskrankheit gehandelt, lässt sich selbstverständlich nicht mehr feststellen.

Holtermann.

220) John E. Morgan (Manchester): Erythro-Melalgia.

(The Lancet. 5. Jan. 1889.)

Nach Weir Mitchell setzt sich das Bild der zuerst von ihm beschriebenen und von ihm Erythro-Melalgia genannten Form von vasomotorischer Neurose aus folgenden Zügen zusammen:

Nach angestrengtem Gehen oder Stehen eröffnen die Scene stechende Schmerzen in den Füßen und eine immer mehr und mehr zunehmende Röthe derselben, Zeichen, die, jeder Behandlung hartnäckig trotzen, Jahre lang unverändert fortbestehen, und sich durch horizontale Lage und Kälte bessern und sich unter entgegengesetzten Verhältnissen verschlimmern.

Diese selten vorkommende Krankheit, welche häufiger Männer als Frauen befällt, verdankt gewissen Constitutionsanomalien, angestrengtem Gehen und Stehen, langem Aufenthalt in der Nässe und Kälte ihre Entstehung.

Diese Angaben bestätigt nicht nur M. auf Grund eigener Beobachtungen, sondern weist auch noch darauf hin, dass es sich hier nicht wie man angenommen hat, um eine Neuralgie des Nerv. plantaris, sondern um eine Entzündung der Scheide desselben handelt, sowie dass hier gewisse nachtheilige Einflüsse, besonders Syphilis, Gicht, Rheumatismus, am häufigsten aber Urethritis, als ursächliche Momente in Frage kommen.

Wie er weiter deducirt, kommen die vasomotorischen Störungen auf reflectorischem Wege zu Stande, eine Ansicht, welche mit den von Golz angestellten Experimenten, welchen zufolge ein auf die vasomotorischen Centren längere Zeit ausgeübter Reiz eine Paralyse der die Gefäßmuskeln beherrschenden Nerven im Gefolge hat, im Einklange steht.

Pauli.

221) **A. D. Williams** (St. Louis): Aural vertigo.

(The St. Louis Med. and Surg. Journ. September 1888.)

Während es sich gewöhnlich bei denjenigen nervösen Störungen (Schwindel u. s. w.), die von Erkrankungen des Gehörorgans abhängen, um pathologische Veränderungen in einer oder beiden Paukenhöhlen oder noch tiefern Gebilden handelt, hat Verf. einen Fall beobachtet (Mann in mittleren Jahren), bei welchem ein Wochenlang anhaltender Schwindel mit Brechneigung, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, Sehstörung (alle Gegenstände schienen dem Kranken nach links zu springen) abhängig war von einer Entzündung der Weichtheile am hintern obern Theile des rechten äussern Gehörganges. Durch Berührung dieser Gegend mit einer Sonde wurde der Schwindel u. s. w. sofort ausgelöst; auch stellte sich dabei einmal ein Reflex-Krampf sämmtlicher Körpermuskeln ein. Einschnitte in jene Stelle und mehrfaches Auskratzen der entstehenden fungösen Granulationen minderte die Häufigkeit und Heftigkeit der nervösen Symptome ganz erheblich.

Voigt.

222) **W. B. Hadden** (London): Note on the knee jerk in Diphtheria. (Bemerkungen über den Patellarreflex bei Diphtherie.)

(The Lancet. 5. Jan. 1889.)

Wie bekannt, ist das Kniephänomen bei der aus Diphtherie hervorgegangenen Paralyse nur schwach oder gar nicht vorhanden, ein Zustand, welcher gleich jener zweifellos seinen Ursprung von einer Läsion des Nervensystems herleitet.

Jene Motilitätsstörung kann sich auch schon, sogar häufiger, als gewöhnlich angenommen wird, im acuten Stadium der Diphtherie in Form einer unbedeutenden transitorischen Lähmung des weichen Gaumens manifestiren; ebenso liegt die Vermuthung nahe, dass sie da, wo der Tod vom Herzen her plötzlich erfolgt, in den Nerven desselben ihren Sitz aufgeschlagen hat.

In zweifelhaften Fällen von Diphtherie bietet das Fehlen des Kniereflexes immerhin eine diagnostische Handhabe, mehr jedoch leistet dieses Zeichen in prognostischer Hinsicht, insofern als, so lange es, selbst nach schon länger eingetretener Reconvalescenz, vorhanden ist, immer noch der Ausbruch der Paralyse zu befürchten steht.

Pauli.

223) **G. Cooper Harrison** (London): Atrophy of the Deltoid. Six cases successfully treated by passive circumduction of the limb. (Atrophie des Musc. deltoideus. Sechs Fälle erfolgreich behandelt mit passiver Erhebung des Arms.) (The Lancet. 16. Feb. 1889.)

Es werden sechs Fälle von Atrophie des Musc. deltoideus mitgetheilt die dadurch entstanden ist, dass ein Trauma eine zu starke Erhebung des Arms bewirkte. In Folge dessen wurden die beiden Musc. Teres und der Triceps zu sehr einander genähert und der dazwischen gelegene Ast des Nerv. axillaris gequetscht und in Endzündung versetzt, deren Producte jenen einschnürten.

Passive Erhebungen des betreffenden Arms beseitigten rasch so wohl diesen Uebelstand als auch die Dislocation der theilgenommenen Muskeln.
Pauli.

224) **Frederick Peterson** (New-York): A case of arsenical paralysis, with symptoms of locomotor ataxia. (Arseniklähmung mit Ataxie.)

(The Medic. Rec. 4. August 1888.)

Eine 42 jährige, von acuter Melancholie befallene Frau nahm arsenige Säure: es traten sofort stundenlang anhaltendes Erbrechen, dann Darmblutungen, nach wenigen Tagen von krampfartigen Schmerzen begleitete Parese aller vier Extremitäten ein. Bei der einige Wochen später vorgenommenen Untersuchung wurde ausser jenen Krämpfen und Lähmungen bedeutende Muskelatrophie, Zittern, Fehlen der Patellarreflexe, mässige Hyperästhesie, dagegen weder Anästhesie noch Analgesie gefunden; Nerven und Muskeln der gelähmten Theile reagirten nicht auf den faradischen Strom (galv. Untersuchung fehlte!). 5 Monate später konnte Pat. wieder leidlich gehen, doch war der Gang atactisch — eine Erscheinung, die noch nach einem halben Jahr beobachtet wurde. Zweimal im Verlaufe der Erkrankung traten tabische cris. gastr. auf. — Verf. meint, dass das Gift nicht nur die peripheren Nerven, sondern auch das Rückenmark selbst angegriffen hatte.

Voigt.

225) **J. M'Fadden Gaston** (Atlanta, Ga.): Cerebrospinal meningitis; recognizing incipient congestion as the basis of treatment. (Cerebrospinal-Meningitis. Das frühzeitige Erkennen des Congestiv-Zustandes ist für die Behandlung wichtig.) (The American Lancet Juni 1888.)

Verf. sagt, dass die Hauptursache der epidemischen Cerebrospinal-Meningitis in der gewöhnlich bald eintretenden Lähmung der verschiedensten Nerventheile liege. „Statt daher die Secretionen zu hemmen und die Gefühlsorgane durch Opiate zu betäuben, ist es dringendes Erforderniss, die Organ-Functionen wiederherzustellen und die Nerven-Centra zur Active zu bringen“ und zwar soll das möglichst früh geschehen. Verf. gibt zu dem Zwecke grosse Dosen Chinin mit Calomel, steckt die Beine in heisse Senfbäder und legt auf den Kopf Eis, auf den Rücken Senfpflaster.

Voigt.

- 226) **Walter J. Cree** (Dedroit, Mi.): Cerebralembolism. (Gehirn-Embolie.)
(The Americ. Lancet. Juni 1888.)

Am 9. Tage des normalen Puerperiums entstand in Folge acuter körperlicher Erschöpfung starker Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Ekel, Fieber, senfzende Respiration. Erweiterung der Pupillen, rechtsseitige Hemiparalyse und Aphasie. Nach Senfteigen auf die Wirbelsäule und innerlichem Gebrauche von Spirit. Ammon. schnelle Besserung und allmähliche Heilung.

Voigt.

- 227) **Wm. B Sprague**: Report of a case of scarlatina with sequelae: Death. (Bericht über einen Fall von Scharlach mit Folgezuständen: Tod.) (The American Lancet Juli 1888.)

Fall von Scharlach, in welchem sich, wahrscheinlich in Folge der vorhandenen Otitis media eine zum Tode führende Meningitis, vielleicht auch ein Abscess cereb. entwickelte.

Voigt.

- 228) **F. J. Groner** (Big Rapids, Mich.): Can the sac in spina bifida be successfully removed? (Kann bei Spin. bifid. der Sack mit Erfolg entfernt werden?) (The American. Lancet Aug. 1888.)

Verf. beantwortet die Frage unter Erzählung eines betreffenden Falles (Spin. bifid. in der Cervical-Gegend, 3 Monate altes Kind) mit Ja! und meint, dass beim heutigen Stande der Chirurgie diese Operation weit grössere Aussicht auf Erfolg habe, als dies früher der Fall war.

Voigt.

- 229) **C. L. Dana** (New-York): Notes on the internal use of menthol and of saffrol in the treatment of headaches, neuralgias and other painful affections. (Bemerkungen über den innern Gebrauch des Menthols und Saffrols bei der Behandlung von Kopfschmerzen, Neuralgien, und andern schmerzhaften Erkrankungen.)

(The Therapeutic. Gazette 16. Juli 1888.)

Nach Verf. ist Menthol in Dosen von 5—20 Grains ($\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{4}$ Gramm) innerlich genommen ein „Herz-Reiz- und Nerven-Beruhigungsmittel.“ Es ist hauptsächlich wirksam in Fällen von Migräne, Supra-orbitalneuralgie, neurasthenischen, gastrischen und anämischen Kopfschmerzen. Es ersetzt daher Antipyrin und Antifebrin, vor Allem das erstere, da es billiger ist und von schwachen anämischen Personen besser vertragen wird. Saffrol, der Campher des Sassafras-Oels scheint ähnlich zu wirken.

Voigt.

- 230) **D. Dunn** (West Chester, Pa.): The hypodermic use of cocaine in migraine and bronchial asthma. (The Therapeutic. Gazette 15. Aug. 1888.)

Verf. empfiehlt gegen Migräne und Bronchialasthma die subcutane Injection von Cocain mit Atropin oder Morphin; durch Zusatz letz-

terer beiden Mittel würden gewisse unangenehme Cocain-Symptome, als: Unruhe, Ueberreizbarkeit, Reflexsteigerung u. s. w. vermindert. Im Uebrigen möge man Cocain allein aber mit jenen Mitteln verbunden dreist anwenden, denn eine Cocainsucht, von der so viel gefabelt, gäbe es überhaupt nicht und die Cocain-Morphium-Sucht sei nicht so gefährlich, als sie von manchen Seiten dargestellt würde, jedenfalls nicht so gefährlich, als die Morphium-Sucht.

Voigt.

231) P. J. Möbius (Leipzig): Ueber neuere elektrotherapeutische Arbeiten. 4 Folge. (Schmidt's Jahrb. der gesammten Medicin 1889. Nro. 1.)

Ueber die 3. Folge dieser beachtenswerthen Zusammenstellungen haben wir in unserem Centralblatte Jahrgang 1887 pag. 243 einige Bemerkungen gemacht, auf die wir verweisen. Seit jener Zeit sind wieder 166 Arbeiten zu verzeichnen, welche in folgenden Abtheilungen kurz behandelt werden. I. Lehrbücher, Allgemeines (5), II. Apparate (29), III. Physiologisches (19), IV. Diagnostisches (20), V. Electrotherapie im Allgemeinen, Methoden (6), VI. Electrotherapie der Nervenkrankheiten (16) VII. Electrotherapie der Sinnesorgane (11), VIII. Electrotherapie in Gynäkologie und Geburtshülfe (66), IX. Verschiedenes (12). Trotzdem im Allgemeinen das Interesse an elektrotherapeutischen Bestrebungen nach des Verf.'s Ansicht neuerdings zweifellos im Niedergange begriffen ist, immerhin noch eine erstaunliche literarische Ansbeute in so kurzer Zeit! Uebrigens verdienen einige Bemerkungen des Autors, wenn auch nur als Ausdruck seiner persönlichen Anschauung, hier reproducirt zu werden. Die Anzahl derjenigen, welche derselben huldigen wird vielleicht den Gegnern die Waage halten. Möbius sagt pag. 87: „Die Electrotherapie im engern Sinne steht noch auf demselben Fleck wie früher, d. h. sie ist auf dieselben Beweise angewiesen, deren sich auch die Homöopathie und ähnliche Heilmethoden bedienen: in den und den Fällen ist es nach dem Elektrisiren besser geworden. Mit demselben Rechte wie die Homöopathie weist die Electrotherapie den Vorwurf zurück, ihre Erfolge seien zufällige, der Verwechslung des propter hoc mit post hoc entsprungene. In der That wird kein verständiger Gegner, wenn er die Thatsachen der Erfahrung kennt, es leugnen, dass in dem einen wie in dem anderen Falle, gewöhnlich wenigstens, ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Heilverfahren und Besserung besteht. Aber er wird hier wie dort diesen Zusammenhang für einen psychisch vermittelten nicht für einen physikalischen erklären. Gerade die letzten Jahre haben die Thatsächlichkeit und die Häufigkeit der Heilungen durch den Glauben so recht ad oculos demonstrirt. Man denke an die Metallotherapie, die Magnetotherapie u. s. w. an die Nervendehnung, an die zahlreichen neuen Medicamente, deren Wirksamkeit einige Monate nach der Entdeckung jenes aufhört. Inhaltlich sind die zweifellosen Heilerfolge der Suggestion, der psychischen Heilmethode im engeren Sinne, dieselben wie die der Electrotherapeuten“. Nachdem Verf. die Berufung der Elek-

trotherapeuten auf die wichtigen Veränderungen der Electricität dem thierischen Körper gegenüber als unerwiesen gekennzeichnet und vom rein empirischen Standpunkte aus angesichts der Suggestionenwirkungen die ganze Electrotherapie als in hohem Grade zweifelhaft hingestellt hat, fügt er zum Beweise noch die bekannten Erscheinungen an, dass der Erfolg ausbleibt, wenn die Kranken wissen, dass zu diagnostischen Zwecken elektrisirt wird, dass die verschiedensten electrischen Methoden oft dieselben Erfolge aufweisen. Natürlich ist die persönliche Ueberzeugung in vielen Fällen das Ausschlaggebende. Verf. macht das Bekenntniss, dass für ihn das Ergebniss mehr als 10 jähriger eingehender Beschäftigung mit der Electrotherapie das ist: mindestens vier Fünftel der electrischen Heilwirkungen sind psychischer Natur und andererseits ist die Electricität ein zur Zeit kaum entbehrliches Mittel psychischer Beeinflussung.

Goldstein.

232) R. Radziwillowicz: Ueber Cytisin.

(Arbeiten des pharmacolog. Institut zu Dorpat. II. Stuttgart bei Enke 1888.)

233) E. Kraepelin (Dorpat): Cytisin gegen Migräne.

(Neurol. Centralbl. 1888. Nro. 1.)

R. hat unter Kobert's Leitung eine ausführliche Studie über das Cytisin mit einem von Merck bezogenen salpetersaurem Salze geliefert. Wir haben es an dieser Stelle nur mit der Wirkung des Praeparates auf das Nervensystem zu thun. Im Allgemeinen besteht dieselbe in einer anfänglichen Erregung, der später eine Lähmung folgt. Das Athmungscentrum der medulla oblongata wird zuerst etwas erregt und nachher vollständig gelähmt, was bei Warmblütern die Todesursache abgibt. Das vasomotorische Centrum wird zuerst stark erregt, ein einziges Milligramm genügt schon, um bei einer kräftigen Katze die Quecksilbersäule des Manometers um 100 mm. in die Höhe zu treiben. Ganz allmählig tritt complete Lähmung auf, die nach d. Verf. auf Cytisinreiz zu beziehen ist, da beim Aussetzen der Athmung es stets gelang, durch die gesteigerte Venosität des Blutes bei der Erstickung das Centrum noch zu reizen.

Das Rückenmark erfährt durch Cytisin in nicht zu kleiner Dosis eine starke Reizung der motorischen Ganglienapparate mit darauffolgender Lähmung. Die Cytisinwirkung auf die peripheren Nerven äussert sich als curareartige Lähmung der peripheren Endigungen an den Muskelfasern, also der Endhügel oder Endplatten. Auf das Herz wirkt das Mittel selbst in grossen Dosen nicht lähmend, dagegen tritt als Folge der Reizung des vasomotor. Centrums ein Zusammenziehen, eine stärkere Spannung der Gefässe ein.

Letzteren Umstand benutzte Kraepelin, um das Mittel bei sog. paralytischer Migräne zu versuchen. In dem ersten von ihm mitgetheilten Falle stellte sich der Erfolg mit der Sicherheit eines physiologischen Experimentes ein. Die Pulscurven, welche Verf. beifügt, lassen die Cytisinwirkung deutlich erkennen. Die Maximaldosis

für den Menschen werde auf 0,01 Cystis. nitr. subcutan festgestellt. Man beginne aber stets mit einer 10 mal kleineren Dose. 0,003—0,005 genügen meist um die Erscheinungen, auf die es ankommt, hervorzurufen. Bei spastischer Migräne hat das Mittel eine negative oder gar verschlechternde Wirkung.

Goldstein.

234) D. Rywosch: Vergleichende Versuche über die giftige Wirkung der Gallensäuren. (Arbeiten des pharmacolog. Instituts zu Dorpat. Stuttgart bei Enke 1888.)

Aus dieser bedeutsamen Arbeit, welche von der medicinischen Facultät in Dorpat mit der goldenen Medaille preisgekrönt wurde, heben wir als von uns von Interesse hervor, dass durch Versuche die Ansichten von Schack und Ranke hinsichtlich der Wirkung der gallensauren Salze auf die Muskulatur bestätigt wurden. Werden z. B. einzelne Frostmuskeln in eine 1% Lösung von taurocholsaurem Natron gebracht, so schrumpfen sie stark zusammen, erstarren unter Gerinnung des Myosins nach wenigen Minuten, werden wachsartig hart und keine Art der Reizung vermag jetzt noch irgend welche Zuckungen hervorzurufen. Der Muskel hat seine Querstreifung verloren und ist vollständig geronnen. Wirft man einzelne Muskeln jedoch in eine verdünntere, etwa 0,50%ige Lösung irgend eines gallensaureren Salzes, so folgt zuerst eine Reihe starker Zuckungen etwa 15—20 Sekunden, dann folgt erst die Schrumpfung. Es scheint also, dass zuerst eine Reizung des Muskels stattfindet, wenigstens in verdünnten Lösungen; auf dieses folgt dann als zweites Stadium das der Myosingerinnung.

Die Versuche, welche die Einwirkung auf Gehirn und Rückenmark studirten, haben ergeben, dass alle gallensauren Salze, namentlich aber das chenocholsaure Natron eine *primäre* Lähmung der Centren hervorrufen. Hinsichtlich der peripheren Nerven zeigten die Versuche, dass auch in geringen Concentrationen die gallensaureren Salze die Leitungsfähigkeit herabsetzen, was durch eine chemische Veränderung des Axencylinders bedingt zu sein scheint. Auch die Lähmung der peripheren Endigungen der motor. Nerven wurde experimentell ermittelt, so dass als Endresultat eine Lähmung aller Theile des Nervensystems in geringerem oder höherem Grade herauskommt, eine Wirkung, welche bekanntlich auch den Giften der Saponingruppe zukommt.

Goldstein.

235) J. Orschansky (Charkow): Ueber Bewusstseinsstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Demenz. (Arch. f. Psych. XX. 2. pag. 209.)

Der Verf. hat es sich zur Aufgabe gestellt das oben erwähnte Verhältnis psychologisch zu analysiren. Der Gegenstand ist um so schwieriger, weil bisher keine genügende Definition des Begriffes „Bewusstsein“ existirt und ferner die Auffassung und Anwendung des Begriffes „Demenz“ eine sehr verschiedene ist. Hier ist das Wort in mehr symptomatischer Bedeutung gebraucht, nicht zur Beziehung eines Terminalzustandes. — Trotz der scharfsinnigen Gründlichkeit der vor-

liegenden Studie hat Ref. die Empfindung, als wenn der Verf. sich gar zu sehr vom physiologischen Boden entfernte. Bei der Chamäleon-artigen Mannigfaltigkeit des Krankheitsbildes „Verrücktheit“, der so wenige feststehende pathologisch-anatomische Thatsachen zur Seite stehen, ist ja den rein psychologischen Deutungen und Spekulationen ein ausserordentlicher Spielraum gelassen. — Von 4 Krankheitsgeschichten werden die einzelnen Thatsachen eingehend erklärt und unter einander verglichen. Diagnostisch werden die Fälle betrachtet als: Stupor mit Demenz, acute Demenz, primäre Verrücktheit und hysterische Verrücktheit mit consecutiver Verwirrtheit. Ein Referat muss auf die Einzelheiten verzichten, welche nur durch ausführlichste Wiedergabe verstanden werden könnten, und sich damit begnügen die *Hauptresultate* wiederzugeben. Das punctum saliens derselben ist die Forderung des Verfassers: dass die Erscheinungen der psychischen *Reizung* und *Schwäche*, welche die Grundlage der *Verrücktheit* und der *Demenz* bilden, klinisch von den Störungen der *functionellen* Seite des Bewusstseins zu unterscheiden seien. Die ersteren Störungen betreffen mehr den *Inhalt* des Bewusstseins, d. i. die *Summe* und die *Qualität* der vorhandenen Vorstellungen, die anderen beziehen sich mehr auf die active Seite des Bewusstseins, die Production, gegenseitige Beziehungen der Vorstellungen, Associationsprozesse etc. Es kommen nun thatsächlich von den Störungen der letzteren Art typisch verlaufende Fälle vor. Kurzes Initialstadium von Bewusstseinsstörung, darauf folgende Delirien und schliesslich wieder Bewusstseinsstörung. — Was nun die *Verrücktheit* und die *Demenz* anbetrifft, so werden dieselben durch das Vorherrschen entweder der Wahnelemente oder der Bewusstseinsverdunkelung characterisirt, welche beide quantitativ in einer Art von antagonistischer Beziehung stehen. Zwischem diesen Polen sind natürlich mannigfache Uebergänge. Der Unterschied zwischen dem oben erwähnten Krankheitsbilde der Bewusstseinsstörung und der Verrücktheit liegt in dem Umstande, dass die letztere einen Zustand intellectueller Erregung und der Neubildung von Ideen und Vorstellungen bildet. Der Unterschied zwischen Bewusstseinsstörung und Demenz ist nicht so hervorstechend, aber doch genügend deutlich. Bei der letzteren ist die Wahrnehmung geschwächt, verlangsamt, oft sogar gar nicht vorhanden; ebenso die Apperception (Auffassung). Selbstbewusstsein und Erinnerung sind theilweise oder gänzlich aufgehoben. Bei Bewusstseinsstörung dagegen „ist die Wahrnehmung nicht geschwächt, sondern kann höchstens entartet sein, die Apperception d. h. die Aufmerksamkeit und Activität ist erhalten, desgleichen das Bewusstsein der Persönlichkeit und das Gedächtniss, die Erinnerung an die Krankheit ist theilweise, zuweilen auch gänzlich erhalten“.

Langreuter.

236) F. Tuczek u. A. Cramer (Marburg-Freiburg): Ein Hydrocephalus ungewöhnlichen Umfangs. (Arch. f. Psych. XX. 2. pag. 354.)

Der Träger eines Hydrocephalus von 75 ctm. Horizontalschädelumfang hatte auffallender Weise ein Alter von 42 Jahre n erreicht.

Geistige Fähigkeiten natürlich sehr reducirt. Sprachvermögen vorhanden. Ausser Lähmung und Contractur der unteren Extremitäten keine Herderscheinungen. Gewöhnliche hydrocephalischer Schädeltypus. Auffallend war nur die geringe Entwicklung von Schaltknochen. Das Gehirn war ziemlich symmetrisch entwickelt. Die Windungen breit und die Furchen flach. Die hydrocephalische Erweiterung betraf den dritten und die beiden Seitenventrikel, letztere in gleichmässig concentrischer Art. Hemisphärenwand stellenweise bis auf 2—3 mm verdünnt. Sehhügel und Schwanzkern sind der grossen Längsausdehnung der Gehirnbasis entsprechend durch ein Stück Marksubstanz auseinandergedrängt. Vordere Commissur ist nach hinten verlagert. — Vom Hirnschenkel aus sind die Pyramidenbahnen beiderseits bis zum Sakralmark degenerirt, offenbar dem Schwund des subcorticalen Marklagers entsprechend. Aus letzterem Grunde ebenfalls ist die radiäre Anordnung der Markfaserung gestört. Die Zellen und Nervenfasern der Rinde sind zwar in normaler Zahl entwickelt, doch sind die letzteren von abnormer Feinheit. — Die Inseln waren noch nicht voll bedeckt, andererseits musste die secundär degenerirt gefundene Pyramidenbahn schon entwickelt gewesen sein, deshalb verlegen die Verfasser die Zeit des pathologischen Prozesses in das erste Lebensjahr.

Langreuter.

237) **J. D. Mortimer** (Portsmouth): Is general paralysis of the insane necessarily an anomalous and hopeless disease? (Ist die allgemeine Paralyse der Irren nothwendiger Weise eine anomale und hoffnungslose Krankheit?)

Die Erwägung, dass das Wesen der *Paralyse progressive des aliénés* in Exsudaten und Extravasaten an der inneren Fläche der Dura mater, in einer Entzündung der Pia mater mit Erweichung und nachheriger Atrophie des Cortex cerebri besteht, bestimmt M., die Prognose dieser Krankheit für eine nicht so infauste zu halten, wie man dies allgemein zu thun geneigt ist, vorausgesetzt, dass dieselbe das erste Stadium noch nicht überschritten hat, dass psychische Reize nicht einwirken, und dass, was besonders hervorgehoben und wobei an das Irresein der Pubertätszeit als Beispiel erinnert wird, die constitutionellen Verhältnisse günstige sind.

Kommt es auch unter solchen Umständen wohl nur höchst selten zu einer völligen Genesung, so bleibt doch jenes Leiden oft Monate und Jahre lang auf derselben Stufe stehen. (Falsche Voraussetzungen—falsche Schlüsse! Ref.)

Pauli.

238) **Pagès** (La Roche-Gaudon): Contribution à l'étude de la folie communiquée (Délire à trois). (Beitrag zur Lehre vom inducirten Irresein etc.) (Ann. méd. psycholog. 1888 November.)

Es handelt sich im vorliegenden Fall um eine Mutter nebst ihren zwei Töchtern, welche erst Verfolgungsideen (angebliche Schädigung ihres Vermögens) später auch noch Grössenideen (Besitz grosser Reich-

thümer) äusserten. Die geistige Störung entwickelte sich bei der jüngsten Tochter zuerst. Dieselbe war lebhaft und energisch, beherrschte ihre ältere Schwester geistig und bannte sie in ihre Gedankenkreise. Die etwas leichtgläubige Mutter nahm erst später die Wahnideen auch an. Schliesslich wurden alle drei wegen ihres aktiven Vorgehens gegen die vermeintlichen Feinde internirt. Nach ihrer Entlassung bestanden die Verfolgungsideen bei den Töchtern noch fort und dieselben zogen sich ganz vom Verkehr zurück, während die Mutter alsbald starb.

Otto.

III. Aus den Academien und Vereinen.

Société médico psychologique.

Sitzung vom 28. Januar. 1889. (Ann. méd. psycholog. 1889 März.)

239) **Pachoud et Claret** (Bois-de-Cery): Note sur le sulfonal. (Bemerkungen über Sulfonal.)

Die Vortragenden untersuchten den Einfluss des S. auf Erregungszustände bei Geisteskrankheiten.

Ein Fall von periodischer Manie mit tobsüchtigen Zuständen, seit 8 Jahren in Beobachtung — der letzte Erregungszustand dauerte 6 Monate — zeigte nach einem ruhigen Stadium von 2 Monaten den Beginn einer neuen maniakalischen Erregung, welche der gewöhnlichen Behandlungsweise trotzte. Mit dem Eintritt heftigerer Erregungen wurde das Sulfonal herangezogen und in Dosen von 1—5 gr. je Morgens und Abends eingegeben, worauf sich Schlaf einstellte und in der übrigen Zeit die Erregung nachliess. In der dritten Woche verschwand dieselbe ganz, nachdem 14 Tage lang das Sulfonal (im Ganzen etwa 40 gr.) verabreicht worden war. Von unangenehmen Erscheinungen machten sich bemerkbar Schwindel, Taumeln, erschwerte Sprache. Dieselben hielten noch mehrere Tage nach dem Aussetzen des S. an. —

In drei weiteren Fällen von maniakalischer Erregung sahen Vortrag. dieselbe günstige Wirkung.

Auch in 4 Fällen von Melancholie trat ausser der schlafmachenden eine beruhigende Wirkung des S. für die übrige Zeit zu Tage.

Schliesslich brachte bei einem Fall von multipler Sclerose mit choreaartigen Bewegungen etc. des S. ruhigen Schlaf und es trat beim Weitergebrauch eine bemerkenswerthe Abnahme der Bewegungen ein. Nach dem Aussetzen des S. kehrten dieselben allmählig in der alten Stärke wieder.

Störungen des Digestions-, Circulations- und Respirationsapparates wurden in keinem Falle beobachtet.

Otto.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhstrasse 23)

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. Mai 1889.

Nro. 9.

Inhalt.

I. Originalien. I. Ueber *Lyssa humana*. Von Prof. Dr. Carl Laufenauer in Budapest.

II. Ueber die *Nuclei arciformes*. Von Dr. G. Jellgersma in Meerenberg.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

Berliner Medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Koll: Therapeutische Erfahrungen auf dem Gebiete des Hypnotismus.

III. Referate und Kritiken. Schmidt-Rimpler: Ein Fall von Pons-Gliom. Bruce: Balkenmangel im menschlichen Gehirn. Pedkow: Ein Fall von Myelitis durch *Echinococcus* verursacht. Broca: Akromegalie. Richter: Pathologisch-anatomisches und Klinisches über die optischen Leitungsbahnen des menschlichen Gehirns. Preisz: Histologische Untersuchung eines Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln. Popoff: Structur der Hinterstränge des Rückenmarks. Freund: Ueber optische Aphasie und Seelenblindheit. Plehn: Ein neuer Fall von Polymyositis acuta mit Ausgang in Heilung. Bernhardt: Ueber eine hereditäre Form der progressiven spinalen mit Bulbärparalyse complicirten Muskelatrophie. Bruck: Ueber einen Fall von congenitaler Makroglossie, combinirt mit allgemeiner wahrer Muskellhypertrophie und Idiotie. Koch: Ein Fall von Gesichtslähmung mit erhöhter directer wie indirecter Erregbarkeit. Anrep: Urethan bei Vergiftung durch Strychnin und einige andere Krampf erzeugende Mittel. Smirnow: Ueber die Theeergiftung. Mickle: Antif-brin in pyrexia. Korezki: Die Schlammkur. Helmann: Ueber Cocain-Epilepsie. Bluder: Das Morel'sche Ohr. Woods: Notes of a case of folie à deux in five members of one family. Take: Ueber die Familienverpflügung armer Geisteskranker in Schottland. Berichte der Irreninspectoren in England, Schottland und Irland.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

Società medico-chirurgica di Pavia:

Martinotti: Ueber einige neue cerebrale Zellengruppen, die den sogenannten Granulis des Kleinhirns gleichen.

V. Aufforderung vom Verein der deutschen Irrenärzte.

I. Originalien.

I.

Ueber *Lyssa humana*.

Bericht der ständigen *Lyssa*-Commission an die Gesellschaft der Aerzte in Budapest; erstattet am 17. November 1888.

(Klinisch-therapeutisch-histologischer Theil.)

Von Prof. Dr. CARL LAUFENAUER in Budapest,

Referenten der Commission.

Zu den Aufgaben der zum Studium der *Lyssa* entsendeten Commission gehörte es auch die thatsächlich zum Ausbruch gelangten Krankheitsfälle von *Lyssa* zum Gegenstand gründlicher Untersuchung und klinischer Beobachtung zu machen, therapeutische Versuche anzustellen, und endlich die path. Anatomie und Histologie der *Lyssa* zu studiren. Auf Grund des Arbeits-Programmes wurde die Krankenbeobachtung und der path. anatomische Theil der klinischen Sub-Commission zugewiesen. Indem ich mich beehre, im Namen der Sub-Commission, als Referent derselben, meinen detaillirten Bericht in Folgendem zu erstatten, gestatte ich mir im Allgemeinen zu bemerken, dass positive Resultate erzielt worden sind.

Die auf dem Gebiete der Hauptstadt im Zeitraume von Februar 1886 bis Juli 1888 vorgekommenen Fälle von *Lyssa humana* wurden grösstentheils auf die Beobachtungs-Abtheilung für Geisteskranke des hauptstädtischen St. Rochus-Spitals gebracht; es unterliegt aber auf Grund der bisherigen Erfahrungen keinem Zweifel, dass Krankheitsfälle von *Lyssa* mit tödtlichem Ausgange sowohl in anderen Spitälern, wie im Familienkreise vorkommen konnten, die aber einen so unklaren Verlauf gehabt haben müssen, dass sie beim besten Willen als solche nicht erkannt werden konnten. Ich muss nämlich schon hier hervorheben, dass das Krankheitsbild der *Lyssa* noch einer weiteren und eindringlicheren Beobachtung bedarf, zumal es hauptsächlich bei Kindern so atypisch verlaufen kann, dass es mit einer anderen Erkrankung sehr leicht zu verwechseln ist. Besonders sind die Kenntnisse über das Prodromal-Stadium noch sehr mangelhaft, ja sogar das entwickelte Krankheitsbild ist noch wenig bekannt. Die Ursache liegt auf der Hand: erstens gehört die *Lyssa* zu den seltener vorkommenden Krankheiten; zweitens sind die Kranken, wenn sich die *Lyssa* schon entwickelt hat, so unruhig, dass die wichtigsten physikalischen Untersuchungen kaum oder nur sehr unvollständig, oder aber gar nicht durchführbar sind. Hiezu gesellt sich endlich oft die Furcht vor Infection, welche, ob zwar unbegründet, jedoch seitens des Wärterpersonals ebenso wie von Seite des Arztes meistens vorhanden ist; dies sind Factoren, welche man berücksichtigen muss.

Diese Schwierigkeiten erleichterte der Zufall einigermassen dadurch, dass die zur Beobachtung gelangten Kranken besonders in der ersten Hälfte d. Jahres in vorwiegender Anzahl dem Kindes- und Jugend-Alter angehörten, bei welchen sich die ruhigere Form der *Lyssa*

zeigte, weshalb auch die Untersuchung genauer durchführbar war, als an Erwachsenen.

In dem schon früher erwähnten Zeitraume kamen insgesamt 10 Fälle von *Lyssa humana* mit lethalem Ausgange zur Beobachtung, und zwar im Jahre 1886 5 Fälle, im Jahre 1887 kein einziger, bis Ende Juli 1888 neuerdings 5 Fälle. Werden nun diese Fälle mit den während dieser Zeit respective der entsprechenden Jahre stattgehabten Verletzungen von verdächtigen und nicht verdächtigen Hunden in Zusammenhang gebracht, und zwei Fälle vom Jahre 1886 abgezogen, da die Infection in diesen Fällen noch im Jahre 1885 stattfand, so geht hervor, dass

im Jahre 1886 von verdächtigen u. nicht verdächtigen Hunden gebissenen

150 Individuen erkrankt sind: 3, d. i. 1.8⁰/₀,

„ 1887 von 101 Individuen erkrankten keine

„ 1888 von 60 „ „ 5, d. i. 8⁰/₀.

Die letzte Zahl steht also mit dem allgemeinen Procentsatze der Lyssa-Infection in vollem Einklange, da bekanntlich die Erkrankungen 8—20 % der von Hunden Gebissenen betragen. Im Jahre 1884 betrugen die Erkrankungen 5 % und im Jahre 1885 7 %. Die diesbezüglichen Daten verdanke ich der Gefälligkeit des Mitgliedes und Referenten der statistischen Subcommission Herrn Rózsaffy.

I. Dem Geschlechte nach entfielen 6 Erkrankungen auf männliche und 4 auf weibliche Individuen, worunter sich 5 Kinder, 1 Herangewachsener und 4 Erwachsene befanden.

II. Das Alter der Erkrankten war: 3, 4, 6, 9, 11, 17, 28, 35 und 44 Jahre.

Die überwiegende Betheiligung des Kindesalters darf nicht von dem Umstande abgeleitet werden, als wären die wehrlosen Kinder dem Angriffe der herumstreichenden tollen Hunde mehr ausgesetzt, als die Erwachsenen, sondern weil der kindliche Organismus für das Virus mehr empfänglich ist, als der des Erwachsenen. Einen Beweis hiefür liefern die Versuche an Thieren, wo wir doch sehen, dass die Incubationsdauer bei den jungen Thieren weit kürzer ist, als bei den älteren.

Den eklatantesten Beweis für die soeben erwähnte, und schon von mehreren Anderen betonte Beobachtung liefert der in Neupest am 10. und 11. Dezember 1885 vorgekommene Fall, dessen zahlreiche Opfer schon während der Aktivität der Lyssa-Commission zur Beobachtung kamen. Die bei dieser Gelegenheit Inficirten — 7 an der Zahl — waren nämlich 4, 11, 13, 15, 28, 50 und 55 Jahre alt, von diesen starben an der *Lyssa* 3, im Alter von 4, 11 und 15 Jahren, während die älteren am Leben blieben. Bei dem 13jährigen Kranken, welcher gleichfalls gerettet wurde, trat nach den erlittenen Verletzungen eine profuse Blutung ein, auch heilte die Wunde erst nach einer langen, 5 Wochen anhaltenden Eiterung.

III. Die Incubations-Dauer war folgende: 62⁽⁴⁾, 73⁽¹¹⁾, 68⁽¹⁷⁾, 83⁽³⁵⁾, 62⁽⁴⁰⁾, 21⁽²⁸⁾, 48⁽⁹⁾, 39⁽⁴⁴⁾, 68⁽³⁾, 39⁽⁶⁾ Tage. (Die eingeklammerten Ziffern bedeuten das Alter des betreffenden Individuums.)

Im Durchschnitte gelangt also die *Lyssa* zwischen der 3. u. 12. Woche nach der stattgehabten Infection zum Ausbruche, was mit der neueren Leblanc's und Bauer'schen Statistik in vollem Einklange steht.

IV. Hinsichtlich der Stelle der Infection waren die Verletzungen in 2 Fällen am Kopfe, in 5 Fällen am Rumpfe und oberen Extremitäten, in 2 Fällen an den unteren Extremitäten. Bei einem in bewusstlosem Zustande auf die Abtheilung gebrachten Individuum mochte die Wunde eine so unbedeutende Ritze gewesen sein, dass sie gar nicht gefunden werden konnte.

Vorliegende kleine Statistik bekräftigt auch den allgemein bekannten Satz, dass die Möglichkeit der Infection um so grösser ist, je näher der verletzte Körpertheil dem verlängerten Marke liegt, auch scheint die Incubation von umso kürzerer Dauer zu sein, was aber in unseren Fällen nicht bestätigt werden konnte.

V. Der Krankheitsverlauf, insoferne dessen Dauer festgestellt werden konnte, zeigte die Dauer von 2⁽⁴⁾, 2⁽¹¹⁾, 2½⁽¹⁷⁾, 4⁽³⁵⁾, 5⁽⁴⁶⁾, 2½⁽²⁸⁾, 7⁽⁹⁾, 3⁽⁴⁴⁾, 6⁽³⁾, 6⁽⁶⁾ Tagen. (Die kleinen eingeklammerten Ziffern bedeuten das Alter der Betreffenden.) Ein direkter Zusammenhang zwischen der Krankheitsdauer einerseits — und der Verletzungsstelle oder dem Lebensalter andererseits lässt sich nicht nachweisen. Von Einfluss scheint hier die Qualität des Virus zu sein.

VI. Die *Lyssa* erscheint bekanntlich in zwei Formen: der erregten und der ruhigen.

Zur letzteren Form gehörten die Fälle: I⁽⁴⁾, II⁽¹¹⁾, V⁽⁴⁶⁾, VII⁽⁸⁾, IX⁽³⁾ und X⁽⁶⁾, zusammen 6 Fälle; zur ersteren die Fälle: III⁽¹⁷⁾, IV⁽³⁵⁾, VI⁽²⁸⁾, und VIII⁽⁴⁴⁾, insgesamt 4 Fälle; aus diesen Daten ist leicht ersichtlich, dass im Kindesalter zumeist die ruhige, im späteren Alter hingegen die erregte Form vorherrscht.

VII. Dass sämtliche, bisher erwähnten Fällen anschliesslich der *Lyssa* angehörten, kann nach den angestellten Control-Versuchen gar nicht bezweifelt werden. Comissions-Präses Prof. Högyes hat aus der Oblongata der Fälle I, II, V, VII, VIII und IX. Kaninchen und Hunde geimpft, und diese wurden in der That von der *Lyssa* befallen.

VIII. Das Krankheitsbild der *Lyssa* als bekannt vorausgesetzt, will ich im Nachstehenden bloss jene Punkte hervorheben, welche die Sub-Commission zum Gegenstande sorgfältigster Beobachtung machte. In erster Reihe ist die Fieberbewegung zu erwähnen.

Die *Lyssa* hat den Character einer äusserst akuten Infections-Krankheit. Schon während eines, sich bloss auf einige Tage erstreckenden Prodromal-Stadiums zeigen sich mässige Fieberbewegungen, welche nicht selten von einem Schüttelfrost eingeleitet werden. Im Stadium der Akme zeigt die subaxillare Temperatur 37,9—38,9° C. und nimmt bei unbedeutenden Morgenremissionen immer zu, hält also mit der *Steigerung* der Krankheit gleichen Schritt, so dass das hohe Fieber als Vorbote des herannahenden lethalen Ausganges zu betrachten ist. Das plötzliche Steigern der Temperatur auf 40—41,5° C. ist ein untrügliches Zeichen des herannahenden Todes. Auch bezüglich der Hauttemperatur wurden Messungen mittelst flacher Thermometer vorgenommen, und diese führ-

ten zu dem interessanten Ergebniss, dass die Hauttemperatur auf der inficirten Körperhälfte um einige Zehntel-Grade höher ist, als auf der unverletzten. Diese Wahrnehmung bedarf noch einer weiteren genaueren Untersuchung, a priori besitzt sie aber einige Wahrscheinlichkeit. Uebrigens ist die Hauttemperatur in Folge der Unruhe der Kranken zumeist eine niedrige. Pulsus celer, über 100, leicht unterdrückbar. Bei sonst rhythmischer, jedoch gesteigerter Herzthätigkeit ist das Athmen schnell, sehr unregelmässig häufig mit einem Cheyne - Stokes'schen Charakter.

Die Pupillen sind in der Regel erweitert, oft in der Weise, dass entweder die linke, oder die rechte in höherem Grade erweitert ist. Die Pupillen-Differenz ist zweifellos die Folge eines Gehirn-Processes, ihre unmittelbare Ursache konnte jedoch bisher nicht ergründet werden. Die Licht- und Accomodations-Reaction ist zuweilen normal, in überwiegender Zahl der Fälle aber mangelhaft. Hautreize, so z. B. das gelindeste Anblasen ändert den Zustand der Pupillen derart, wie dies sonst bekanntlich nur ein stärkeres Zwicken zu thun vermag. Häufig ist die conjugirte Deviation der Augen, was auch in einem Falle photographisch fixirt wurde

Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit war ferner der N. acusticus. Dieser Nerv mitsammt seinem Endapparate war in den meisten Fällen hyperästhetisch. Auf Einwirkung eines beliebigen Schalles, vorzugsweise aber der Stimmgabel stellt sich ausser dem gewöhnlichen Acusticus-Reflex ein heftiges Erzittern des ganzen Körpers ein. Hält man dem Kranken eine Uhr oder die Stimmgabel vor das Ohr, so reisst er den Kopf entsetzt weg, die Bauchmuskeln werden contrahirt, auf reflectorischem Wege stellt sich eine krampfartige Dyspnoë begleitet von Zähneknirschen ein, die Pupillen erweitern sich ad maximum. — Dass die Kranken überdies von den schrecklichsten Hallucinationen gequält werden, bedarf keiner besonderen Erwähnung.

Indessen sind auch häufig subjective Geräusche vorhanden. Bald klagen die Kranken über hohes bald tiefes Sausen, welches, im Falle der Acusticus nicht allzusehr empfindlich ist, — auf Einwirkung der Stimmgabel sol.³ aufhört, jedoch bloss für kurze Zeit.

Eines der hervorragenden Symptome im Krankheitsbilde der Lyssa ist die typische Steigerung sämmtlicher Haut-, Muskel- und Sehnen-Reflexe, so dass diese vom diagnostischen Standpunkte nicht genug gewürdigte Bedeutung dieser Erscheinung besonders hervorgehoben werden muss. Zum Nachweise der Hautreflex-Steigerung dient das Blasen auf den Kranken. Selbst der geringste Luftstrom, auch von ziemlicher Entfernung — hauptsächlich aber das Daraufblasen löst die heftigsten Schlingkrämpfe und Dyspnoë aus und ruft im Stadium convuls. auf den ganzen Körper sich erstreckendes clonisches und tonisches Zucken, ferner Opisthotonus und Episthotonus hervor. Bauch- und Cremaster-Reflexe sowie auch die Patellar- und Arm-Reflexe sind gesteigert, die idiomusculären Wülste springen sehr lebhaft hervor.

Beim Herannahen des lethalen Endes schwindet das Kniephäno-

men allmählich, während die idiomusculären Contractionen nach dem Tode noch einige Stunden ganz regelmässig fortbestehen.

Dass bei der Lyssa vornehmlich die Reflex-Irritabilität der Bulbärnerven erhöht ist, steht mit den Pasteur'schen Untersuchungen in vollem Einklange, im ganzen Nervensystem ist gerade die Virulenz des Bulbus die stärkste.

Das Virus Lyssae scheint sich von der Infections-Stelle aus auf dem Wege der Nerven gegen das Centrum zu verbreiten. Hiefür sprechen die Untersuchungen Cantani's und auch unsere klinischen Beobachtungen. Schon im Jahre 1885 wurde bei dem Falle V. die Erfahrung gemacht, dass der Kranke einen von der Narbe nach aufwärts sich fortpflanzenden stechenden Schmerz fühlte, welcher sich auf der Bahn *im Wege* des N. ulnaris weiterverbreitete. Dieselbe Erscheinung wurde auch im Falle VII. genau beobachtet. Im letzteren Falle fand die Infection durch einen Biss in die Wade statt. Hier konnten wir die Weiterverbreitung des Processes nach aufwärts in der Form von heftigen im Ischiadicus auftretenden Schmerzen sozusagen von Stunde zu Stunde verfolgen.

Ein constantes Symptom der Lyssa bildet ferner das Zittern. Schon im Beginne der Krankheit zittert die ausgestreckte Zunge, die oberen Extremitäten und im weiteren Verlaufe auch der Kopf. Die der Infection ausgesetzte Extremität scheint stärker zu zittern als die unverletzte; dies wird auch durch jene Zitter-Curve bestätigt, welche wir im Falle V. mit Hülfe des Marey'schen Polygraphen gewannen. Das Zittern zeigt einen remittirenden Charakter, die Grösse der Schwingungen nimmt aber allmählig zu. Die Zitter-Curve der Lyssa ist hinsichtlich der Zahl der Schwingungen der der Paralysis agitans, hinsichtlich der Form hingegen der der Hysterie ähnlich, unter allen Umständen aber zeigt sie eine charakteristische Form. Im letzten, sogenannten paralytischen Stadium der Wuthkrankheit, werden die Bewegungen der Kranken atactisch, der Gang wird taumelnd, wankend, unsicher, die Kranken fallen oft um. Schliesslich können sie in Folge der Lähmung der unteren Extremitäten nicht mehr stehen, während dem sie die oberen Extremitäten noch ganz zweckentsprechend bewegen können. Die Hautempfindung ist einigermassen erhöht, und sinkt bloss im Endstadium.

Im Sehvermögen wurde keine Störung beobachtet. Das beim Falle V. aufgenommene perimetrische Bild zeigt keine Einschränkung des Gesichtsfeldes; hingegen ist Lichtscheu sehr häufig.

In einem Falle gelang es, die galvanische und faradische Erregbarkeit des oberen Facialis-Zweiges, des N. ulnaris und des M. supinator longus theils auch auf galvanometrischem Wege zu bestimmen. Eine erwähnenswerthe Veränderung wurde hiebei nicht gefunden.

Die Urin-Absonderung ist vermindert, der Urin ist von hohem specif. Gewicht, und enthält gewöhnlich Eiweiss.

IX. Das Heilverfahren erstreckte sich auf eine ganze Menge von Medicamenten. Es wurde Morphin, Chloralhydrat, Paraldehyd, Urethan, Cocain, Coniinum hydrobromatum, theils innerlich theils subcutan an-

gewendet, überdiess Curare, Extr. secal. cornut. und symptomatisch gegen das Erbrechen mehrere andere Mittel. Es wurden warme Umschläge auf den Nacken, ferner lauwarme volle Bäder in Anwendung gebracht, welche im Allgemeinen wohl ertragen wurden.

Von den angeführten Heilmitteln hatte blos das Chloralhydrat eine evidente Wirkung u. z. in kleinen aber oftmaligen Dosen. Dieses vermindert einerseits die Athembeschwerden andererseits die auf den ganzen Körper sich erstreckenden tetanischen Krämpfe auffallend, so dass sich die Kranken bei anhaltender Anwendung des Chloralhydrats entschieden leichter fühlten. In Folge dieser Erfahrung können wir das Chloral in kleinen Dosen, auch bei solchen Individuen empfehlen, welche wegen Lyssa-Infection blos in Observation stehen. Dasselbe empfiehlt — unabhängig von uns — Peyrand in Bordeaux. Das von französischer Seite angepriesene Hoanquân, Schlangengift, Extr. Tanacet. und die heissen Bäder wollten wir wegen der nicht verlockenden Erfolge nicht in Anwendung bringen.

Das leider so frühzeitig dahingeschiedene Mitglied unserer Commission Akusius Azary machte die Erfahrung, dass das Versuchsthier auch spontan von der Lyssa genesen kann. Die Analogie zwischen der Lyssa humana u. animalis gestattet die Folgerung, dass dies auch beim Menschen möglich sei; eben deshalb berechtigt uns der Misserfolg der bisherigen Heilversuche bei weitem nicht dazu, dass wir den Opfern der schrecklichen Infection unthätig zusehen.

Die Lyssa humana verläuft unter dem Bilde einer Geistesstörung u. z. einer akuten, intoxicatorischen Geisteskrankheit, am meisten ist sie dem Krankheitsbilde der tödtlichen Chorea perniciosa gravis ähnlich welche obzwar ziemlich selten, von uns aber schon in 5 Fällen beobachtet wurde.

Die alte Einteilung des Krankheitsverlaufes in ein melancholisches, maniacales (?) und paralytisches Stadium ist — wenn auch mit vielen Ausnahmen — im Allgemeinen zutreffend und kann beibehalten werden.

X. Der anatomische Befund deutet auf eine starke Hyperaemie hin, welche auf die graue Hirnrinde, auf die weisse Substanz, die subcorticalen Ganglien, ferner auf die Med. oblongata und auf das Rückenmark gleichmässig vertheilt ist. Dass diese allgemeine Hyperämie nicht in Folge der angewendeten narkotischen Mittel entsteht, beweist ein Control-Fall, wo gar kein Narkoticum angewendet wurde und die Hyperämie sich trotzdem characteristisch zeigte.

Die im Laboratorium der psychiatrischen Klinik vorgenommenen Untersuchungen am Centralnervensystem von 3 an Lyssa Gestorbenen ergab folgende Resultate:

Das Rückenmark ist der Sitz einer diffusen Entzündung, welche sich auf die weisse, hauptsächlich aber auf die graue Substanz erstreckt. Die grauen Hörner sind massenhaft von ausgewanderten weissen Blutkörperchen besäet; in den Vorderhörnern sind diese ausgewanderten Zellen in einer der Gruppierung der Nervenzellen entsprechenden Masse zusammengelagert. An den Blutgefässen ist eine reiche adventitielle und periadventitielle Infiltration zu finden. In den multipolaren Ner-

venzellen der Vorderhörner tritt eine auffallende pigmentöse Atrophie auf, häufig aber bloß die Zeichen einer einfachen Atrophie als Folge der Ernährungs-Störung. — Die Nervenzellen liegen in grossen pericellulären (?) Räumen excentrisch, da nämlich durch das Entzündungs-Infiltrat nicht bloß der die Nervenzelle umgebende Gliakorb sich erweitert, sondern es wurde gleichzeitig ein Druck auf die Zelle ausgeübt, demzufolge letztere an die Seite des Korbes gedrängt wurde.

Im hinteren Horne wurden Blutergüsse gefunden. Die weisse Substanz ist ebenfalls entzündet, doch nicht so intensiv, wie die graue. Das Mark der Nervenfasern der hinteren weissen Stränge ist meistens zergliedert, häufig in Stücke zerfallen und in Form von Myelin-Tropfen ausgeschieden. Diese Veränderung wird hauptsächlich in den hinteren sensitiven Stämmen, ferner in deren spinalen Fortsetzungen den sogenannten gebogenen medialen Fasern beobachtet.

Die Markscheide scheint hie und da gequollen, hypertrophisch. In den hinteren weissen Strängen wurden Amyloid-Körnchen und -Zellen in bedeutender Anzahl gefunden.

Die histologischen Untersuchungen ergaben also eine „acute Myelitis“, welche sich auf das ganze Rückenmark derart erstreckt, dass die Entzündung der grauen Substanz eine intensivere ist, als die der weissen Stränge. Die grauen Hörner bilden den Herd, aus welchem sich die Entzündung gegen die Peripherie weiterverbreitet. Die Polio-myelitis entsteht also in erster, die Leukomyelitis in zweiter Reihe.

Diese Resultate unterscheiden sich von denen anderer Forscher darin, dass diese eine bedeutende Veränderung der Nervenzellen und Nervenfasern annehmen. Benedikt, Kolessnikoff, Forel, Gowers, Coats und Weller beschreiben perivascularäre Entzündungsherde und Blutergüsse im hintern Horne. Die Nerven-elemente hingegen fanden sie unversehrt. Auf die Erkrankung der letzteren müssen wir aber umsomehr Gewicht legen, da wir aus ihrer Alteration die im Krankheitsbilde der Lyssa auftretenden Symptome ohne jede Anstrengung erklären können.

Unter den Krankheitssymptomen ist — wie bereits hervorgehoben wurde — die Reflexirritabilität die auffallendste; als Ursache dieser Erscheinung ist die Entzündungserregbarkeit der reflexvermittelnden grauen Substanz zu betrachten, bloß auf diese Weise können die gesteigerten Haut- und Sehnenreflexe erklärt werden. Jeder Reiz, welcher die Haut berührt, setzt sich durch die entzündeten hinteren sensitiven Stämme und den Reflexbogen der grauen Substanz auf den ohnehin gereizten aufsteigenden Vagus fort und verursacht die Athembeschwerden, dann steigt er auf den Phrenicus über und bewirkt den Zwerchfellkrampf in der Form eines Singultus, endlich erreicht er den Hypoglossus und löst Schlingkrämpfe aus. Auf dieselbe Art sind auch theilweise die Mydriasis spastica, Salivation, Urin- und Stuhlgangsbeschwerden erklärlich.

Cantani's neueste Untersuchungen, laut welcher sich das Virus auf dem Wege der Nerven weiterverbreitet, u. z. stets von der Inocu-

lations-Stelle nach aufwärts. bestätigt unser im Falle V am Rückenmarke gewonnenes Ergebniss. Die Kranke wurde auf der Radialseite der rechten Hand gebissen, und wurden die bedeutendsten und auffallendsten Veränderungen im Nacken-Abschnitte ihres Rückenmarks gefunden, die histologischen Veränderungen zeigten sich spärlicher im Rücken- noch weniger im Lenden-Abschnitte. In diesem Falle erreicht nämlich das Virus auf dem Wege des N. radialis und des Plexus brachialis den Nacken-Abschnitt am ehesten. All' diese Untersuchungen bedürfen natürlich noch einer weiteren Bestätigung. Insbesondere ist noch an dem behufs Erhärtung fortgelegten Materiale (ein Theil desselben wurde zum Zwecke von Impfungen dem Prof. Högyes überlassen) der Vagus- und Acusticus-Kern der Oblongata zu untersuchen, und zu constatiren sein, ob zwischen der Infections-Stelle und der Intensität der Veränderungen am entsprechenden Rückenmarks-Abschnitte jenes Verhältniss thatsächlich besteht, welches im Sinne der Forschungen Cantani's zu erwarten ist, und in unserem Falle V vorhanden gewesen zu sein scheint.

Diese Untersuchungen sind theils an dem schon vorhandenen Stoffe durchführbar, theils aber werden sie nur dann genau durchführbar sein, wenn histologische Präparate von neueren, genau beobachteten Fällen in den Besitz der Commission gelangen werden. Ich erwähne nur noch, dass die oben beschriebenen histologischen Veränderungen erst nach Vergleichen zwischen krankem und gesundem Rückenmark, constatirt wurden.

XI. Bei der Lyssa, als einer seltenen und wenig bekannten Krankheit ist es sehr begründet, die einzelnen Fälle zum Gegenstande grösster Aufmerksamkeit und sorgfältigster Forschung zu machen, das Resultat der letzteren genau zusammenzustellen, damit wir späterhin einem auf diesem Gebiete sich befeissenden Forscher nicht mangelhafte Daten liefern. Hiermit ist auch der Umstand begründet, dass wir schon nach zehn beobachteten Fällen eine statistische Zusammenstellung derselben versuchten. Die klinischen Untersuchungen hatten den glänzenden Erfolg, dass in dem Falle VIII, bei einer Frau, welche wegen angeblicher Geisteskrankheit ins Spital gebracht wurde, und gar keine anamnestische Daten in der Richtung erhältlich waren, ob sie von einem tollen Hunde oder überhaupt von einem Thiere gebissen worden war, trotzdem die Diagnose der Lyssa humana gestellt werden konnte, welche auch durch die Impfungen welche von ihrem Gehirn entnommenen Virus ausgeführt worden sind, zweifellos bekräftigt wurde. Erst die nach dem Tode eingeleiteten Recherchen ergaben, dass das für maniacal gehaltene Weib blos deshalb auf die Beobachtungsabtheilung gebracht wurde, weil sie auf derselben schon vor sechs Jahren behandelt wurde; vor 6 Jahren wurde sie aber in ihrem Zimmer von einer fremden Katze gebissen, was aber sie und ihr Mann, unbeachtet liessen, und unter den damaligen Umständen nicht erwähnenswerth hielten.

Nachdem ich im Vorangegangenen die Richtung und die Ergebnisse des Arbeits-Kreises der klinischen Sub-Commission zu schildern

die Ehre hatte, erachte ich es als meine angenehme Pflicht dem Mitgliede Herrn E. E. Moravcsik, den Praktikanten der Klinik Herren Kolomann Ehn und Carl Schaffer, welche durch ihren hingebungsvollen und unermüdlichen Eifer mir behilflich waren, — meinen Dank und Anerkennung auszusprechen. —

II.

Ueber die Nuclei arciformes.

Von Dr. G. JELGERSMA in Meerenberg.

Unsere Kenntniss über die Nuclei arciformes und über ihre Verbindung mit anderen Theilen der Oblongata kann als ziemlich dürftig betrachtet werden. Sie sind oft genug beschrieben worden, allein von einer Deutung dieser ziemlich variablen Gebilde ist selten die Rede. Das Einzige, was ich hietüber in der Literatur gefunden habe, ist bei Schwalbe in seinem Lehrbuche der Neurologie (pag. 619). Dort heisst es: „Sie (die Nuclei Pontis) sind offenbar homolog den Nuclei arciformes der Pyramiden.“ Den Nachweis aber, warum die N. arciformes den Kernen der Brücke homolog sind, und ob beide hier in nämlicher Weise mit anderen Theilen der Oblongata verbinden, gibt Schwalbe nicht.

Im Folgenden werde ich versuchen, den Beweis zu liefern, dass die Kerne der Brücke und die Nuclei arciformes wirklich homologe Bildungen sind, oder dass letztere, wie ich lieber sagen möchte, die letzten distalen Ausläufer der Brückenkerne darstellen.

Die Nuclei arciformes sind ziemlich variable Gebilde; sie kommen sehr verschieden stark entwickelt vor, und auch ihre Anzahl und Lagerung ventral von den Pyramiden zeigt Verschiedenheiten. Immer lässt sich aber nachweisen, dass sie proximal continuirlich in die Kerne der Brücke übergehen. Gerade distal von der Brücke nehmen sie ziemlich beträchtlich an Grösse zu, sind mehr medial von der Pyramide gelegen und senden sogar Fortsätze in die Raphe, welche in die dorsalen Abtheilungen der Brückenkernen übergehen.

Die mikroskopische Structur der Brückenkerne ist, so weit wir wissen, die nämliche wie die der Nuclei arciformes. Die Form der Ganglienzellen, ihr Verhalten gegen die Tinction mit verschiedenen Farbstoffen, ihre Vertheilung innerhalb der umgebenden grauen Substanz, das Fehlen von längeren Fortsätzen, die Schwierigkeit der Differenzirung von Kernen und Kernkörperchen, -- alle diese Eigenschaften sind ihnen gemeinsam. Ungeachtet dieser Befunde halte ich den Schluss, dass N. arciformes und Brückenkerne homologe Bildungen sind für verfrüht, so lange nicht nachgewiesen ist, dass auch ihre Verbindungen mit anderen Theilen homolog sind, und dass sie sich der secundären Degeneration und Atrophie gegentüber ähnlich verhalten. Diesen Nachweis kann ich mit grosser Wahrscheinlichkeit geben.

Ich untersuchte einen Fall von Hemi-Atrophia cerebri und mehrere Fälle von Idiotie mit niedrigem Gehirngewicht. Im ersten Fall fand

ich, dass ebenso wie die Kerne der Brücke, die Nuclei arciformes atrophisch waren, an der gleichen Seite der atrophischen Hirnhälfte. In den anderen Fällen waren sie, wiederum ebenso wie die Brückenkerne, auf beiden Seiten atrophisch. Diese Atrophie blieb nicht innerhalb der normalen Schwankungen in der Bildung der Nuclei arciformes, sondern war unverkennbar pathologisch. In einem Fall fehlten die Kerne bis auf ganz kleine, gerade distal von der Brücke gelegene Reste. In diesen Fällen verhielten sich also die Nuclei arciformes gerade so wie die Brückenkerne gegenüber der vom Grosshirn ausgehenden secundären Atrophie.

Es liess sich weiterhin zeigen, dass die Fibræ arciformes, welche, medial von den N. arciformes gelegen, die Pyramiden umkreisen, auch atrophisch waren. Sehr deutlich war dies bei dem Fall von Hemiatrophia cerebri, wo man einen unmittelbaren Vergleich mit der normalen Seite hatte. Hier sah man aus dem atrophischen Nucleus arciformis ein atrophisches Bündel von Fibræ arciformes externae entspringen, das medial verlaufend bis zur Raphe verfolgt werden konnte. In den Querfasern der Olivenzwischenschicht entzog es sich der weiteren Beobachtung. Die Fibræ arciformes externae, welche lateral von den N. arciformes die Oblongata umkreisen, waren bei der Hemiatrophia cerebri beiderseits gleich.

Beim Idiotenhirn, wo die N. arciformes fast ganz fehlten, waren mediale und laterale fibræ arciformes externae, in freilich nicht grosser Zahl, anwesend. Dies sind also wahrscheinlich die Fasern, welche nach E d i n g e r aus den funiculi graciles und cuneati entspringend, die Medulla oblongata umkreisend durch die Nuclei arciformes hindurchgehen und sich nach der Olivenzwischenschicht der anderen Seite begeben. Beim Durchgehen durch die Nn. arciformes gesellen sich hierzu die Fasern, welche aus diesen Kernen entspringen und beide Faserbündel verlaufen zusammen nach der Raphe.

Es fragt sich jetzt, wohin die Fasern aus den Nn. arciformes verlaufen; an meinen Präparaten waren sie, wie gesagt, nicht weiter als bis zur Raphe der Olivenzwischenschicht zu verfolgen. Unwahrscheinlich scheint es mir aber, dass sie hier verbleiben sollten. Folgende Ansicht, welche aber das Gebiet der Hypothese nicht überschreitet, kommt mir wahrscheinlicher vor.

Wenn es wahr ist, was nach dem Gesagten nicht bezweifelt werden kann, dass die Nuclei arciformes distale Ausläufer der Brückenkerne sind, dann müssen auch ihre Verbindungen mit anderen Theilen der Oblongata analog sein, und ebenso wie die Brückenkerne müssen die Nuclei arciformes sich mit dem Kleinhirn verbinden. Es scheint mir also möglich und sogar wahrscheinlich, dass die fibræ arciformes externae mediales, welche aus den Nn. arciformes entspringen, den Brückenarmen homolog sind, welch' letztere in meinen Fällen auch atrophisch waren. Sie würden also durch die Raphe der Olivenzwischenschicht vielleicht zum Corpus restiforme der anderen Seite verlaufen und so zum Kleinhirn gelangen. Die proximale Verbindung der Nn. arciformes mit dem Grosshirn wird wahrscheinlich, ebenso wie

dies bei den Kernen der Brücke der Fall ist, mit und zwischen den Pyramiden nach dem Pes pedunculi verlaufen. Auch diese Verbindung habe ich an meinen Präparaten nicht nachweisen können; sie lässt sich nach Analogie nur vermuthen.

Eine wichtige Stütze für die Auffassung der Nn. arciformes als distale Ausläufer der Brückenganglien liefert die vergleichende Anatomie der Säugethiere. Wie ich schon früher erläutert habe, ist die Brücke ein intercalirtes Ganglion in den von mir so genannten intellectuellen Bahnen und Centren der Medulla oblongata. Ihre Entwicklung hält in der Reihe der Säugethiere gleichen Schritt mit der allgemeinen Hirnorganisation, das ist mit der Entwicklung der Manteisubstanz des Grosshirns und der Hemisphären des Kleinhirns. Bei allen Säugethieren welche ich daraufhin untersucht habe, fehlen die Nuclei arciformes und auch der Pons Varoli mit der ganzen intellectuellen Bahn ist weit weniger entwickelt. Die Brücke retrahirt sich so zu sagen cerebralwärts. Die vordere Begrenzung ist ziemlich constant, nie wird der Kern des Oculomotorius überschritten. Die hintere Begrenzung der Brücke ist in der Reihe der Säugethiere aber sehr variabel. Zuerst verschwinden die Nn. arciformes, dann sieht man die Fasern des Corpus trapezoides unter den Querfasern der Brücke zu Tage treten, bis diese, wie bei den Raubthieren und Ungulaten ganz zu Tage liegen.

Meiner Anschauung nach sind also die Nn. arciformes beim Menschen die unter Einfluss der höheren Gehirnentwicklung sich weiter distalwärts entwickelnden Nuclei Pontis, mit denen sie in jeder Hinsicht homolog sind, sowohl was ihren anatomischen Bau, als ihre physiologische Function betrifft.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

Berliner Medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 10. April 1889.

240) Moll: *Therapeutische Erfahrungen auf dem Gebiete des Hypnotismus.*

M. theilt das Gesamtergebniss der hypnotischen Behandlung bei 120 Fällen mit. Er wendete drei Grade der Hypnose an, die er entsprechend der Schwere der Affektion und der Fälle dosirte, einmal bis zu dem erfolgten Augenschluss, sodann bis zur Abschwächung und Aufhebung der Willkürbewegungen und endlich bis zum Eintreten von Sinnestäuschungen. Die Hysterie betreffend sind die Erfolge ungünstig bei denjenigen Fällen, wo sich eine grosse Anzahl krankhafter Erscheinungen findet und ein schneller Wechsel der Symptome statt hat. Dagegen lassen sich diejenigen Fälle günstig beeinflussen, wo nur wenige und ziemlich beständige, hysterische Leidenserscheinungen, Krämpfe oder Contrakturen oder Lähmungen u. s. w. vorhanden sind. Vortr. betont hierbei, dass bei der Hysterie, die eben eine Erkrankung

der Psyche darstellt, auch nur eine Behandlung von Erfolg gekrönt sein könne, die eben das Gehirn zu beeinflussen vermöge wie es durch Hypnose und Suggestion der Fall sei.

Sodann theilt M. seine Erfolge, die ziemlich schwankend und unsicher erscheinen, bei den verschiedenartigsten, schmerzhaften Leiden und Symptomen mit, bei Cardialgieen, Kopfschmerzen, Ovarie, Menstruationsschmerzen, rheumatischen, neuralgischen Leiden, ferner bei Chorea u. s. w. mit. Keinen Erfolg erzielte er bei Paralysis agitans, bei Schlaflosigkeit, bei hysterischem Erbrechen, bei nervöser Diarrhoe; günstiger gestaltet sich die Suggestivbehandlung bei Pruritus cutaneus nervosus. Bei organischen Nervenkrankheiten, bei Tabes, multipler Sclerose u. s. w. beseitige und bessere die Suggestion symptomatisch manche Beschwerden, lancirende Schmerzen u. s. w.; bei schweren polyarthritischen Leiden vermindere und heile (?) die hypnotische Behandlung die Schmerzen, die ja an sich stets nur Ausdruck unserer cerebralen Erregbarkeit sind, und bessere somit auch das somatische Leiden. Aber ob bei schweren organischen Affektionen das Einreden keine Schmerzen zu empfinden, selbst bei stoischen Gemüthern von weitreichender Wirkung sein wird, möchte Ref. doch sehr bezweifeln. (!)

Zum Schlusse bemerkt Votr., dass manche seiner Patienten, die von „höchsten Autoritäten“ nicht geheilt waren und nun die feste Ueberzeugung ihrer Unheilbarkeit hatten, eben deswegen nicht suggestionfähig und heilbar waren, während sie ohne jene Autosuggestion für die hypnotische Behandlung zugänglicher gewesen wären.

III. Referate und Kritiken.

241) Schmidt-Rimpler: Ein Fall von Pons-Gliom.

(Arch. f. Augenhlk. XVIII. 2.)

Die 20jährige Cath. B. erkrankt unter Kopfschmerz, Schwindel, Doppeltsehen. Parese des rechten Abducens. Einige Wochen später Parese und schliesslich Paralyse des linken Abducens, während die Lähmung rechterseits wieder theilweise zurückging. Erbrechen. Leichte Sprachstörung bedingt durch Schwerbeweglichkeit der Zunge; Andeutung von Parese im unteren Facialisgebiet. Das Gehen wird unsicher. All diese Erscheinungen sind sehr dem Wechsel unterworfen; im Ganzen nehmen sie allmählig zu: Die Sprache wird schwerfälliger, der Gang ausgesprochen spastisch, bei gesteigertem Patellarreflex, die Facialislähmung wird deutlicher und ergreift auch die Stirnäste. Schluckstörungen und Mundklemmen gesellen sich hinzu. Von Seiten der Sinnesorgane nichts Abnormes. (Nur zeitweise Ohrensausen links.) Rohe Kraft erhalten. — Schliesslich auch Lähmung aller Extremitäten- und Rumpfmuskeln. Von den Gesichtsmuskeln bleiben nur die Augenmuskeln, mit Ausnahme der Abducentes, aber einschliesslich der Orbiculares, von der Lähmung verschont. Der Umfang und die electrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln bleibt erhalten. Tod 17 Wochen

nach Beginn der Erkrankung. Erst wenige Tage vorher hatte zum ersten Mal der Augenspiegel einen pathologischen Befund ergeben: an beiden Augen erschien die Papille und das Netzhantgewebe unterhalb des Sehnerveneintrittes etwas trüber, am rechten Auge trat eine über die Papille hinausreichende Pulsation einer dicken Vene auf.

Die Section ergab gliomatöse Entartung des ganzen vorderen (unteren) Abschnittes des Pons, also der pedunculären Region mit den Pyramidenbahnen, während der ganze hintere Abschnitt (nucleäre Region) unversehrt war. Von den ansstrahlenden Nerven waren nur die Abducentes direct afficirt, die übrigen nur durch Druck in ihrer Function behindert.

Die Doppelseitigkeit der Symptome war somit durch die Ausdehnung der Geschwulst erklärt, der häufige Wechsel im Grade der Lähmungserscheinungen, der — im Verein mit der Doppelseitigkeit — der Gedanken an eine nucleäre Lähmung nahegelegt hatte, war vermuthlich auf wechselnde Schwellungszustände in dem Tumor zu beziehen.

Die mikroskopische Untersuchung der Augen und Sehnerven wies nach, dass die oben beschriebene, sub finem aufgetretenen ophthalmoskopischen Veränderungen die ersten Anfänge von Staungspapille darstellten. Es fand sich: mässige Verbreitung des subvaginalen Raumes, Oedem der ocularen Sehnervenendes und der Papille sowie gangliöse Verdickungen an einem Theil der Nervenfasern. Entzündliche Veränderungen waren nicht nachweisbar. Das gibt dem Verf. Veranlassung, sich bezüglich der Entstehung der Staungspapille zu Gunsten der Transporttheorie und gegen die Leber-Deutschmann'sche Entzündungstheorie auszusprechen. (Vergl. Cbl. 1888, Referat Nro 733). Wenn man nicht bei jeder Section eines mit Staungspapille Gestorbenen den von der Transporttheorie geforderten Hydrops vaginae n. optici finde, so könne derselbe doch in vita vorhanden gewesen sein. Zeugniß dafür lege dann die Schlapfheit und stärkere Verschiebbarkeit der äusseren Opticustheile über der inneren ab, ein Symptom, welches er bei allen Sectionen von Hirntumoren mit Staungspapille, denen er beige-wohnt, habe constatiren könne.

Gegen die Ansicht von Ulrich (vgl. Cbl. 1887, Ref. 75) wendet Verf. ein: erstens, dass das Hirnoedem, welches sich in den Sehnervstamm fortsetzen soll, um durch Compression der Centralgefässe die Staungspapille zu erzeugen, öfter fehle; zweitens, dass die oedematöse Durchtränkung sowohl wie die späteren secundären Veränderungen des Sehnerven immer nur oder doch vorwiegend dessen oculares Ende betreffen und cerebralwärts mehr und mehr schwinden.

Schliesslich gedenkt Verf. noch eines eigenthümlichen, öfters beobachteten, aber bisher unerklärten Leichenbefundes: „Während nämlich die Pupillen kurz vor dem Tode beiderseits gleich gross waren, erschien bei der Section die rechte auffallend eng, die linke mittelweit.“

Heddaeus (Essen).

242) **Al. Bruce** (Edinburgh): On a case of absence of the corpus callosum in the human brain. (Balkenmangel im menschlichen Gehirn.)

(Proceedings of the royal society of Edinburgh. Mai 1888.)

Bei einem in dem Königlichen Hospital zu Edinburgh an Pneumonia verstorbenen Manne fand Verf. bei der Section zufällig einen völligen Balkenmangel. Pat. hatte während seiner Krankheit nichts Besonderes in seinem Benehmen oder seinem Geisteszustande gezeigt. Erst nachträglich erfuhr man, dass Pat. in der Schule zwar gut lesen und kopfrechnen lernte, dagegen nie mehr als seinen Namen zu schreiben lernte. War er auch etwas sonderlich und excentrich, so hatte er doch immer seine Pflichten als Lastträger zur Zufriedenheit erfüllt. Er liebte Musik und nahm an allem, was um ihn vorging, Interesse. Bei der Obduction fand man den vollständigen Mangel des Balkens wie auch des Psalterium des fornix. Der dritte Ventrikel war von einer dünnen Membran bedeckt, offenbar das velum interpositum. Die Oberfläche der Hemisphären bot folgende Anomalien: der Frontallappen ist in seiner Grösse reducirt, während der Occipitallappen und in etwa auch der Temporallappen vergrössert sind. Die fissura Rolandi geht nach unten rückwärts, statt nach unten und vorwärts; auf der medialen Fläche des Gehirns machte sie einen tiefen Einschnitt. Der sulcus marginalis fehlt; die fissurae parieto-occip. und calcarina erreichen einander nicht. Die Gyri der medianen Ansicht der Hemisphären haben eine eigenthümliche radienförmige Anordnung. Die vordere mittlere und hintere Commissur waren deutlich vorhanden. Das septum pellucidum ebenso wie der fornix schienen zu fehlen; dagegen lag seitwärts von deren Platze über der vorderen Commissur und der tela choroidea sowie thalamus opticus unter dem freien Rande der grauen Substanz eine dreieckige Masse weisser Substanz, welche mehrere seichte, längliche Rinnen zeigte. Der untere Rand wird von einem Gewebe gebildet welches offenbar die aufsteigende Wurzel des Gewölbes bildet, während die dreieckige Masse das septum pellucidum darstellen dürfte. Von dieser Masse aus ziehen eine Reihe von weissen Fasern nach hinten, nur selten von queren Fasern durchkreuzt. Auch die hinteren Säulen des Tumors sind vorhanden. Verf. vergleicht 30 in der Literatur berichtete Fälle von theils vollständigem theils unvollständigem Balkenmangel. Auf Grund von entwicklungsgeschichtlichen Daten tritt er der Ansicht von Kaufmann und Onufrowicz entgegen, die das in ihrem Falle ebenso wie in unserem vom septum pellucidum nach hinten ziehende weisse Faserbündel als fasciculus longitudinalis superior aufgefasst wissen wollten und erklärt es für den embryonären Randbogen. Sonst war das Gehirn allenthalben wohl entwickelt, zeigte keine Degenerationen.

Strausschaid.

243) **J. Pedkow**: Ein Fall von Myelitis durch Echinococcus verursacht. (Med. Obosrenie. Bd. 28. Nro. 14.)

22 jähriges Mädchen. Nach achtjährigem Bestehen einer schmerzlosen Geschwulst am Rücken, die allmählig mit Schwäche der Beine sich vergesellschaftete, wurde wegen eines acuten Gelenkrheumatismus

Verf. zu Rath gezogen. Zwischen letztem Brust- und erstem Lendenwirbel 2 Fingerbreit nach links von der processus spin. eine kleine Geschwulst von prallm Inhalt, etwa $2\frac{1}{2}$ Zoll im Durchmesser. Druck auf die proc. spin. der genannten Wirbel sehr schmerzhaft; dieselben sind stark vergrößert. Es trat bald vollständige Lähmung der unteren Extremitäten, Darm- und Blasenlähmung auf. Alle Reflexe erloschen. Nach 4 monatlicher resultatloser Behandlung 2 Zoll breiten Einschnitt wonach sich eine Menge erbsen- bis hühnereigrosser Echinococcusblasen entleerte. Im Laufe eines Monats während diese Bläschenentleerung fort dauerte wurden deren über hundert gesammelt. Der Process schritt allmählig aufwärts fort. Tod.

Buch.

244) A. Broca (Paris): Un squelette d'acromégalie.

(Arch. génér. de médecine. Dec. 1888.)

Verf. berichtet über das Skelett der Kranken welche Marie in seinem ersten Aufsätze über die von ihm so genannte Akromegalie (1886) geschildert hatte, die im Sommer 1887 gestorben ist. Es zeigte sich am Stamme und an den Extremitäten eine Hypertrophie aller spongiösen Theile mit Zunahme ihrer Porosität wie ihrer Gefässlöcher. Die Gelenktheile, welche von rauhen Höckern umgeben sind, nehmen wenig an diesen Veränderungen Theil. Die Ansatzstellen für Sehnen und Bänder sind sämmtlich stark vorspringend. Die Diaphysen sind verlängert, aber nicht verunstaltet; ihre foramina nutritia sind normal. Die Arterienrinnen an Schlüsselbein und Rippen sind stark verbreitert. Die Autopsie zeigt also die theilweise Irrigkeit der Angaben Marie's über die fast vollständige Indemnität der langen Knochen. Die Lendenwirbelkörper zeigen Neigung zu Hypertrophie der spongiösen Theile; durch Einsinken der Wirbel bildete sich eine Kyphose, womit zugleich eine Skoliose mit linksseitiger Convexität verbunden ist. Der Oberkiefer ist nicht, wie Marie meinte, hyperostotisch; nur ist der sinus maxillaris stark erweitert. Uebrigens sind alle sinus und lufthaltigen Zellen des Gesichtes wie des Schädels ansserordentlich erweitert. Eine solche Ausdehnung des sinus sphenoidalis bedingt die Verengerung des Kanals des nerv. opticus (Pat. war blind). Die fossa pituitaria ist stark erweitert und beherbergt eine Geschwulst, die Marie in einer schon begonnenen ausführlichen Arbeit über Agromegalie (in der nouv. iconogr. de la Salp. 5. 6. 1888, 1 etc. 1889, worüber nächstens Referat) beschreiben wird. Der Unterkiefer zeigt in hohem Grade die charakteristische Veränderung. Die Deformation desselben soll nach Brigidi durch eine Zungenhypertrophie bedingt sein können und führt Verf. hierfür einen von Chalk in den Transact. of the path. Soc. of London 1857, A. VIII p. 305 beschriebenen ähnlichen Fall an.

Strauscheid.

245) A. Richter (Dalldorf): Pathologisch-anatomisches und Klinisches über die optischen Leitungsbahnen des menschlichen Gehirns.

(Arch. f. Psych. XX. 2. p. 504.)

Durch klinische und anatomische Untersuchung einer Reihe von neuen Fällen, konnte Verf. seinen früher aufgestellten Satz bestätigen, „dass einseitige oder doppelseitige Sehnervenatrophie, welche das Gehirn eines Erwachsenen betrifft, sich makroskopisch über den Sehstreifen hinaus selbst nach zehn Jahren noch nicht zur Geltung bringen *brauche*.“ Da aber andere einschlägige Fälle ebenso entschieden hinter dem Tractus gelegene Atrophien zeigten, so glaubt der Verf. dass nicht die Zeit allein die Intensität und das Fortschreiten der Atrophie bedinge, sondern dass der jeweilige Krankheitsprozess in den optischen Leitungsbahnen eine grosse — noch näher zu erforschende Rolle — spiele. — Weiterhin beobachtete und berichtet der Verf. zwei andere interessante Fälle von Hemianopsie folgenden Verlaufs: I. Allseitige unregelmässige Einschränkung des Gesichtsfeldes (leicht asymmetrisch) neben anderen Symptomen wurde bewirkt durch eine anatomische Veränderung, welche von der Rinde bis zum Sehnerven abstieg. Mittlerer Theil der rechten Centralwindung, Theil der ersten Stirnwindung und des oberen Scheitelläppchens, Cuneus und Praecuneus waren afficirt, Gyrus occipito-temporalis und medialis geschwunden, rechter Schwanzkörper erweicht, gyrus hippocampi und corpus mamillare geschwunden. Opticus rechts dünner als links. Die Marksubstanz an der Aussenwand des Seitenventrikels atrophisch. Diese Atrophie ging weiter in das corpus genicul. ext., tractus opticus und in die rechten Hälften der Sehnerven besonders der rechten Seite. — II. Homonyme linksseitige Hemianopsie und später beginnende Atrophie des Opticus u. s. w. wurde bedingt durch eine Hühnerei-grosse Cyste an der Basis der rechten Hemisphäre. Die Geschwulst hatte sich hinter dem Uncus in die Fissura hippocampi hineingedrängt, dabei drückt sie den Tractus opt. dextr. und die pedunc. cerebri dextr. Ein Haselnuss-grosser Theil derselben hat sich an den gyrus orbitalis geschoben; weiter war das Chiasma nach links gedrückt. Die Sehnerven sind unverändert. Das rechte Pulvinar ist niedriger als das linke, das rechte corpus geniculatum flacher als das linke. Langreuter.

246) Hugo Preisz (Budapest): Histologische Untersuchung eines Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln. (Arch. f. Psych. XX. 2. pag. 417.)

Ein weibliches Individuum erkrankte im 15. Lebensjahre und starb 23 Jahre alt. Rückwärtsbeugung des Oberkörpers, Schwäche der oberen Extremitäten, Volumenzunahme der Waden, allmähliches Ergreifenwerden der übrigen Extremitäten und Körpermuskeln, Erlöschen der electrischen Erregbarkeit (nur vorübergehende Entartungsreaction) war die Reihenfolge der Symptome. Die Gesichtsmuskeln blieben frei. Die Section und folgende mikroskopische Untersuchung ergaben, dass die Muskeln des ganzen Stammes sowie sämtlicher Extremitäten mehr oder weniger hochgradig verändert waren, ebenso war das Rücken-

mark seiner ganzen Länge nach, ferner sämtliche Nervenstämmе und die vorderen Rückenmarkswurzeln ergriffen. — Die einfache Atrophie der Muskelfasern war am meisten verbreitet, daneben bestand degenerativer Zerfall der Fasern mit stellenweise starken Aufquellungen, innerhalb des Sarkolemmeschlauches traten Zellen und Zellkerne in grosser Menge auf. In den Ausbuchtungen der degenerirten Muskelsubstanz lagen oft grosse Zellkörper mit 4—6 Kernen. Hier und da nur war sog. röhrenförmige Atrophie vorhanden. Endlich wurde in einigen Muskeln wahre Hypertrophie der Fasern constatirt. Das Perimvisum war durch kleinzellige Infiltration und fibröse Verdickung betheiligt, die intramuskulären Gefässe durch Verdickung der Adventitia und Vermehrung der Endothelkerne. Sowohl die intramuskulären Nervenbündel sowie die grösseren Nervenstämmе zeigten interstitielle Neuritis, doch waren daneben auch normale Parthien vorhanden. Ähnliches fand sich in den Vorderwurzeln des Rückenmarks. — Das Rückenmark war in sehr ausgedehntem Maasse ergriffen und zwar von sehr verschiedenartigen Prozessen: sowohl ausgesprochene Destructionen des ganzen Querschnittes, wie kleinere und grössere hämorrhagische Herde, Infiltrationen der Gefässwände, Schrumpfung der Ganglienzellen, Vermehrung der Gliazellen, Schwund der Nervenfasern und stellenweise Verdickung der Achsencylinder. Die Einzelheiten mögen im Original nachgesehen werden. —

Bezüglich der Natur des ganzen Processes sei erwähnt, dass der Verf. diesen Fall eben wegen der ausserordentlichen Betheiligung des Nervensystems für neuropathisch hält. „Es gibt eine spinale Muskelatrophie, wo die Muskeln in Folge der durch die Jugend gegebenen gesteigerten Ernährung eine der Pseudohypertrophie ähnliche Veränderung erleiden“ (Friedreich).
Langreuter.

247) N. Popoff (Warschau): Recherches sur la structure des cordons postérieurs de la moelle épinière de l'homme. (Structur der Hinterstränge des Rückenmarks.) (Arch. de Neurologie März 1889.)

Bekanntlich stellte Flechsig auf Grund seiner Studien an Embryonen fest, dass die Burdach'schen Stränge vor den Goll'schen ihre Markscheide erhalten. Bechterew konnte auf demselben Wege nachweisen, dass die äusseren Partien der Burdach'schen Stränge vor den inneren Theilen sich mit Mark bedecken und zwar im 5—6 Monat. Verf. kann dies vollkommen bestätigen, fand aber ausserdem dass auch die Goll'schen Stränge nicht zur selben Zeit ihre Markscheide gewinnen. Vielmehr findet man bei 9 monatlichen Foeten, dass die inneren Theile der Goll'schen Stränge schon eine vollkommen ausgebildete Myelinscheide besitzen, während die äusseren welche an die Burdach'schen Stränge angrenzen, noch fast davon entblösst sind; besonders stark hervor tritt dies im Halstheile des Rückenmarks. Der Grund für dieses verschiedene Verhalten glaubt Verf. in dem verschiedenen Ursprunge der betreffenden äusseren Fasern suchen zu müssen. Die inneren Fasern stammen aus den Clark'schen Säulen, während

die äusseren Fasern der Goll'schen von der hinteren Commissur kommen. Verf. konnte constatiren, dass letztere noch marklos waren, zu einer Zeit, als die Fasern der Clark'schen Säulen ebenso wie die inneren Fasern der Goll'schen Stränge schon vollständig ihre Markscheide hatten. Strauscheid.

248) Freund (Breslau): Ueber optische Aphasie und Seelenblindheit.
(Arch. f. Psych. XX. p. 276 und 371.)

Die vom Verf. sogenannte „optische Aphasie“ in ihrer classischen Form ist vorhanden, wenn beispielsweise ein Kranker beim bloßen Sehen eines Gegenstandes die richtige Bezeichnung nicht findet, sondern erst beim Betasten sich auf den Namen besinnt. Aber auch beim gewöhnlichen Sprechen ohne directe Bezugnahme auf einen concreten Gegenstand sind die optischen Erinnerungsbilder von solcher Wichtigkeit, dass bei ihrem Mangel oder ihrer Störung die betr. Bezeichnungen entweder gar nicht oder verkehrt wiedergegeben werden. Hauptsächlich wird die optische Aphasie characterisirt durch hochgradige Behinderung im Finden von concreten Hauptwörtern. Ihr Bestehen (im Gegensatz zu anderen Arten Aphasie) ist wahrscheinlich, wenn dazu gleichzeitig cerebrale Störungen vorhanden sind. Ihr Zustandekommen ist nur denkbar, wenn entweder die optischen Erinnerungsbilder selbst gelitten haben (etc. bei Seelenblindheit) oder wenn die Verbindung zwischen Sehcentrum und Sprachcentrum gestört ist. — Von den 3 Fällen des Verf. — die lediglich die Veranlassung zu seinen ausführlichen theoretischen Auseinandersetzungen und ebensolcher Literatur Durchsicht geben — seien hier nur die hauptsächlichsten Daten angeführt:

I. Bei einem 47 jährigen Manne bestand im ersten Krankheitsstadium rechtsseitige Hemianopsie, Lese- und Schreibunfähigkeit und Unvermögen des Patienten einfach vorgehaltene Gegenstände sprachlich zu bezeichnen. Die richtigen Namen stellten sich erst beim Betasten ein. Ferner fehlten auch im gewöhnlichen Gespräch häufig Bezeichnungen concreter Gegenstände. Im zweiten Stadium ebenfalls Einschränkung der linken Gesichtshälften und deutliche Symptome der Seelenblindheit. — Bei der Section fand sich in der rechten Hirnhälfte: Sarkomknoten im Scheitel- und Hinterhauptslappens. — In der linken Hirnhälfte: ausgedehnte Markweichungen des Schläfen- und Hinterhauptslappens, Sarkom — Herd an der hinteren Infection des Stabkranzes und einzelne Knoten in sonst intaktem Mark des Scheitellappens und Vorzwickels.

II. Bei einem 47 jährigen Mann zuerst allgemeine Herabsetzung des Sehvermögens, dann nach einem epileptischen Anfalle Verlust des Sprachverständnisses (sensorische Aphasie, Wernicke) und Verwechslung von Worten (Paraphasie), Störungen im Schreiben und Lesen, Einschränkung des Gesichtsfeldes und Seelenblindheit. Später besserte sich der Zustand allgemein, jedoch mit der eigenthümlichen Modification dass die Ausdrücke gerade für concrete Hauptwörter dauernd wegblieben, sich aber dafür beim Sprechen eine Menge von Füll- und Flick-

wörtern einstellten. — Tod im epileptischen Anfall. — Section: Erweichung des Stabkranzes des linken Schläfenlappens, ferner der Spitze des rechten Schläfenlappens (incl. Rinde). Wie weit die Rinde beteiligt war, konnte in Folge Mangels der mikroskopischen Untersuchung nicht festgestellt werden.

Im III. Falle handelte es sich um allgemeine Gehirnatrophie, klinisch unter dem Bilde der Dementia senilis verlaufend. In verschiedenen Sinnesgebieten auffallender Mangel an Verständniss besonders hervorstechend war der Verlust optischer Erinnerungsbilder. Zugleich war Seelenblindheit vorhanden. —

Zu diesen 3 selbst beobachteten Fällen referirt Verf. fünf weitere aus der Literatur von Wilbrandt, Jastrowitz, Bernheim, Reinhard und Luciani — Seppilli, und fasst dieselben sämmtlich als „optische Aphasie“ auf. — Oberflächlich theoretisch betrachtet liegen die Verhältnisse ziemlich einfach: Ein dem Gedächtnisse einverleibter Wortbegriff wird festgehalten durch die Erinnerungsbilder einer oder mehrerer Sinnesqualitäten; einmal wird mehr Klangbild, das andere Mal mehr Tastbild etc. vorhanden sein; meist aber werden auf dem Wege der Associationen die verschiedenen Sinneseindrucksbilder gemeinsam einen Begriff bilden helfen, sich aber in verschiedenem Grade daran beteiligen. So werden auch bei Anfallserscheinungen in Folge von pathologischen Prozessen einmal mehr die akustischen, das andere Mal mehr die optischen Componenten beteiligt sein und je nachdem erhält die betreffende Aphasie ihren besonderen Character. — Der Verf. nimmt nun an, dass die meisten bisher veröffentlichten Fälle sich von den seinen und den fünf weiter erwähnten characteristisch unterscheiden.

Das Gemeinsame was *die letzten acht Fälle* auszeichnet will er als „*sensorisch-optische Aphasie*“ differenzirt wissen, im Gegensatz zu den „*sensorisch-akustischen*“ Defecten. (In sehr vielen Fällen werden jedenfalls Mischformen vorhanden sein; warum blos akustisch und optisch? wo bleibt Tastgefühl, Geruch und Geschmack? Ref.)*)

Diese optische Aphasie könne nun unter drei verschiedenen Verhältnissen auftreten:

1. Sens. opt. Aphasie bei gleichzeitiger Hemianopsie.
2. S. o. A. bei gleichzeitiger Seelenblindheit.
3. S. o. A. bei gleichzeitiger Seelenblindheit und schwerer sensorisch akustischer Aphasie.

Die complicirten Verhältnisse dieser einzelnen Arten werden durch ein Schema verständlich gemacht, bezüglich dessen auf die Originalarbeit verwiesen werden muss.

Die Schlussbemerkungen des Verfassers enthalten eine neue Auffassung der *Seelenblindheit*, als sehr plausible Consequenz seiner vorherigen Erörterungen. Beim Wiedererkennen von Gegenständen (also beim „sich orientiren“) wirken die Erinnerungsbilder nicht blos eines

*) Anm.: Je mehr Arten von Aphasieen etc. entstehen, desto eher wird ein Uebergang hergestellt von der Lokalisationstheorie sensu strictiori zu der bunten Hirnrindenlandkarte von Golz. Ref.

sondern mehrerer Sinnesorgane zusammen, sie werden durch die Associationsbahnen verknüpft; es könne also schon durch Störung der letzteren, wie sie durch Vernichtung des *blossen Marklagers* (ohne Rinde) gegeben ist, *Seelenblindheit* entstehen.

Langreuter.

249) **A. Plehn**: Ein neuer Fall von Polymyositis acuta mit Ausgang in Heilung. (Deutsche Medicin. Wochenschr. 1889. Nro. 12.)

22. jähr. Färber erkrankte acut unter plötzlich einsetzendem Fieber, das mit bedeutender Milzschwellung einherging, und unter heftigen bei den geringsten Insulten und Bewegungsversuchen unerträglich werdenden Schmerzen in fast allen willkürlichen Muskeln. Dieselben waren starr, tonisch contrahirt. Es zeigte sich Röthung und Oedem der Hände und Unterarme, später Roseolaflecke an Brust und Bauch, Herpes labiales und zahlreiche, blassschieferblaue Flecke an Rumpf und Oberextremitäten. Gesteigerte Empfindlichkeit der Nervenstämme auf Druck liess sich nicht nachweisen. Durch leichten Druck auf die Muskeln entstanden lebhaft, klonische Zuckungen des ganzen Körpers. Das Fieber dauerte 3 Tage an, in einer Woche schwanden die geschilderten Beschwerden. Ileotyphus und Trichinose liessen sich ausschliessen. Verlauf und Ausgang der Krankheit bieten ein anderes Bild als die ähnlichen, von Hepp, Unverricht und Wagner geschilderten Fälle acuter Polymyositis; so z. B. betreffs der *restitutio ad integrum* in der vorliegenden Beobachtung, betreffs des Kopfschmerzes, der Milzschwellung und der so intensiven Schmerzen. Verf. bezeichnet diese Polymyositis als infectiöse.

J. Ruhemann.

250) **M. Bernhardt** (Berlin): Ueber eine hereditäre Form der progressiven spinalen mit Bulbärparalyse complicirten Muskelatrophie.

(Virchow's Archiv für patholog. Anat. u. s. w. 115 Berl. 1889.)

1) Der 40 jähr. Kaufmann P., Vater mehrer Kinder, war vor Jahren syphilitisch infectirt gewesen; zur Zeit, Jan. 1882, bestanden keine manifesten Zeichen von Lues. Die Klagen des Kranken bezogen sich vornehmlich auf die Unmöglichkeit, seine rechte Hand, wie früher zum Schreiben zu gebrauchen. Keine Beeinträchtigung der Empfindlichkeit. Pat. steht und geht wie ein Gesunder; aber er stolperte zuweilen, weil er mit dem rechten Beine anstiess. Kniephänomene beiderseits vorhanden.

Mitte Februar bei zufällig eintretendem Lachen eigenthümliche Erstickungsanfälle. Sprache war undeutlich, sehr leise und abnorm hastig.

September 1882 waren die Erscheinungen der früher nur angedeuteten Bulbärparalyse viel deutlicher ausgeprägt. Sprache tonlos, Singen unmöglich. Zunge dünn, theilweise atrophisch, nur langsam beweglich, zeigt Abnahme der electricischen Erregbarkeit für den inducirten Strom. Die Lippenbuchstaben P, B wurden mit Mühe ausgesprochen, deutliche fibrilläre Zuckungen an der Lippen- und Kinnmuskulatur, die aber auf electricische Reize noch gut reagirt. Kauen und Schlucken kommen nur schwierig zu Stande.

Psyche frei. Augen gut; als eigenthümlich ist zu notiren der oft nach einer Seite gerichtete Blick und sonderbare Gesticulationen mit Hand und Fingern beim Sprechen. Schreiben unmöglich (Pat. benutzt eine Schreibmaschine), hüpfende springende Bewegungen beim Treppenhinuntersteigen.

Im April und Mai 1883 beherrschten die Erscheinungen der Bulbärparalyse das Krankheitsbild: die schmale, atrophische Zunge zeigte die deutlichsten fibrillären Zuckungen, ebenso die Muskeln in der Umgebung des Mundes: ihre Erregbarkeit war für den farad. Strom bei directer und indirecter Reizung verändert; bei galvanischer Reizung war in einzelnen Muskeln (Triangularis, Quadratus menti) die ASz träge und lang gezogen. Das Leiden führte Ende August zum lethalen Ausgang. Ref. bemerkt dazu, dass er Mitte des Jahres 1881 den Pat. einige Zeit in Aachen beobachtete; die bulbären Symptome waren noch nicht vorhanden, wohl aber fiel dem Ref. neben der Schreibstörung, der leichten Ermüdung im rechten Arme und Beine, die Hastigkeit aller Bewegungen und der oft seitwärts gerichtete Blick schon damals auf.

Section wurde nicht gemacht. Dem Verf. imponirte das Krankheitsbild als eine jener unregelmässigen, von den Franzosen als formes frustes bezeichneten Arten der sclérose en plaques.

2) Herr L., Schwager und Grosscousin des Vorigen, consultirte den Verf. wegen einer seit einigen Monaten bestehenden Schwäche der Nacken- und Armmuskulatur. Psyche frei, Sprache vielleicht etwas langsamer als normal. Kniephänomen vorhanden. Die Haltung des Kopfes war sehr eigenthümlich: derselbe sank meistens nach vorn hinüber, so dass das Kinn die Brust berührte: wollte Pat. ihn erheben, so gelang dies nur durch einen dem ganzen Rumpfe nach hinten ertheilten Schwung. Nacken- und Schntermuskulatur sehr atrophisch, fast ganz functionlos. Rechter Arm kann noch etwas über die Horizontale hinaus erhoben werden, der linke nicht. Erregbarkeit der betroffenen Muskeln für beide Stromesarten vermindert. Der linke M. cucullaris zeigt allein fibrilläre Zuckungen, bei 18° Nadelausschlag eine prompte KaSz, bei 25° Anodenschliessungszuckung, der linke M. delt. gab eine sehr geringe, aber prompte Reaction bei 22½° Nadelausschlag KaSz, aber nur am Claviculartheil, und eben *nur* dort bei derselben Stromstärke eine prompte ASz. Eine deutliche Entartungsreaction konnte nicht nachgewiesen werden.

Ein halbes Jahr später waren die Verhältnisse dieselben, nur das Schlucken wurde manchmal schwer.

Pat. ging später in andere Behandlung über; er endete nach kaum 2jährigem Bestehen seines Leidens.

3) Herr B., Vetter des Herrn L., 36 oder 37 Jahre alt, wurde vom Verf. am 1. März 1888 und nur dieses eine Mal untersucht. Seit 1886 klagte er über Gefühl von Spannung und Schwäche der Nacken- und Halsmuskulatur besonders der linken Seite. Dabei Parästhesie in der Haut der linken Wange. Schlucken erschwert, Speichelansamm-

lung; Anfälle von Spasmus glottidis und krampfhaften Hustens. Kopf wurde schon damals nur mit Mühe richtig balancirt. Abmagerung. Verf. constatirte eine ausgeprägte Atrophie der Mm. cucullares, splenii, der supra- und infrapinati, sowie der deltoidei; die electricische Erregbarkeit dieser Muskeln war ganz enorm herabgesetzt, Entartungsreaction nicht nachzuweisen. Kopf sank nach vorn zur Brust herab und konnte nur mit Hilfe der unter das Kinn gebrachten Hand nach aufwärts oder nach hinten gebracht werden. Zunge zeigte atrophische Einsenkungen, war aber frei beweglich. Singen unmöglich, Schlucken sehr erschwert. Sprechen wird schwer. 3 Monate später Tod.

Die hereditären Verhältnisse werden durch folgende Tabelle illustriert:

Schwester des Herrn P., verheirathet mit einem Herrn B.			
Herr P. (geisteskrank)	1) Sohn (gesund)	2) Tochter (Frau L. krank)	3) Tochter (Frau Bl. krank)
Sohn P. (Kranker I) heirathet die Enkelin seiner Tante	Kinder nicht nervenkrank		
1 Sohn (<i>nervös</i>) 3 oder 4 andere Kinder gesund (?), in Bezug auf das Bestehen v. Nervenaffectionen nichts Sicheres bekannt			
1) 1 Tochter (gesund) verheirathet mit Herrn P. (Kranker I)	2) 1 Tochter (gesund)	3) 1 Sohn (gesund?)	4) 1 Sohn (Herr L.) (II. Kranker)
1 Tochter (unverh. hysterisch)	2) 1 Sohn (sonst gesund aber ohne Kniephänomen)	3) 1 Sohn (Herr Bl.) (III. Kranker)	

Verf's. Ausführungen gehen nun dahin, nachzuweisen, dass die Krankheit, an der die beiden Vettern (und wahrscheinlich auch deren Mütter) zu Grunde gegangen sind, als eine Art von progressiver Muskelatrophie (Poliomyelitis chronica) mit hinzugetretenen Bulbärsymptomen aufzufassen ist. In derselben Reinheit ist die fortschreitende Atrophie der Nacken- und Schultermuskulatur beim ersten Kranken (Herrn P.) nicht nachzuweisen. Vielmehr handelte es sich dabei wohl um eine disseminirte Erkrankung des Centralnervensystems, die aber durch das schliessliche Befallen des verlängerten Markes den *familiären* Charakter wahrte.

Die Fälle stellen sich klinisch als besondere Formen höchst wahrscheinlich spinaler, jedenfalls nicht primär myopathischer, sich mit Bulbärkernlähmung complicirender Atrophie der Schulter- und Nackenmuskulatur dar. Das deutliche Hervortreten der Heredität wie auch das frühe Ergriffensein der tiefen Nackenmuskulatur und die baldige zum Tode führende Betheiligung der Bulbärkerne, lässt sie von den bisher bekannten Typen spinaler progressiver Muskelatrophie in eigenthümlicher Weise abgrenzen.

Goldstein.

251) **Franz Bruck** (Berlin): Ueber einen Fall von congenitaler Makroglossie, combinirt mit allgemeiner wahrer Muskelhypertrophie und Idiotie. (Deutsche Medicin. Wochenschr. 1889. Nro. 12.)

Bei einem 10 Monate alten Kinde körperlich und geistig gesunder Eltern zeigte sich eine bedeutende Vergrößerung der Zunge, so dass eine chirurgische Verkleinerung derselben vorgenommen werden musste. 6 Monate später war die Zunge wieder beträchtlich hypertrophirt; es wurde jetzt der idiotische Zustand des Kindes erkannt, zugleich eine krankhafte Vergrößerung der gesamten Skelettmuskulatur bei dem Vorhandensein einer greisenhaft dünnen und atrophischen Haut constatirt. Die Extremitätenmuskeln zeigten Spasmen. Die mechanische Muskeleerregbarkeit war nirgends gesteigert; es fand sich keine Verstärkung der Hautreflexe, geringe Erhöhung der Knöchelphänomene, kein Patellar- und Fussclonus. Der elektrische Befund war normal, die Schmerzempfindung herabgesetzt. Hörfähigkeit, Geschmacks-perception und Geruch scheinbar kaum vorhanden. Die mikroskopische Prüfung ergab an der Zunge und der Skelettmuskulatur wahre Hypertrophie. Tod an Pneumonie 9 Monate nach der ersten Vorstellung des Kindes.

Die Gyri des Gehirns sind schmal; abgesehen von der Hypertrophie der willkürlichen Muskeln zeigt sich Verdickung der Darmmuskulatur.

Der Fall spricht für die Auffassung der wahren Hypertrophie der Muskeln als eines selbständigen idiopathischen Leidens (Friedreich), ferner für die Ansicht, dass die Makroglossie eine Theilerscheinung der geschilderten Myopathie ist, und die Idiotie in einem innern, ursächlichen Zusammenhang mit den hypertrophischen Affektionen steht. Zum Schlusse wird ein ganz analoger Fall bei einem 3 jährigen Mädchen geschildert, bei welchem ebenfalls die Trias der erwähnten Affektionen bestand, und bei welchem Fehlleisen zur Beseitigung der Makroglossie die Ligatur beider Arteriae linguales mit günstigem Erfolge vornahm.

Die Fälle stammen aus der Julius Wolff'schen Klinik.

J. Ruhenann.

252) **P. D. Koch** (Kopenhagen): Et Tilfaelde af Facialis Læmhed med forhøjet elektrisk Irritabilitet af Nerve og Muskler. (Ein Fall von Gesichtslähmung mit erhöhter directer wie indirecter Erregbarkeit.) (Hospit. Tidende 1889 Nro. 8.)

Eine 21 jährige Präparandin für das Lehrerinnen-Examen kommt 3—4 Wochen nach dem Auftreten einer *Parese des linken N. facialis* zur Behandlung. Die Gesichtsmuskeln waren sämmtlich, aber nur in mässigem Grade gelähmt. Erwähnt wird noch etwas Herabhängen der Augenlider, worauf aber, weil beiderseitig vollkommen gleichmässig und angeblich von jeher vorhanden, kein Gewicht gelegt wird. Keine Störungen der Haut-Sensibilität, des Geschmacks und des Gehörorgans

auf der kranken Seite. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, keine Parese des Gaumensegels.

Die *electriche* Untersuchung ergab *erhöhte Erregbarkeit auf der kranken Seite für beide Stromesarten und zwar sowohl bei directer wie indirecter Reizung*. Diese erhöhte Erregbarkeit erhielt sich *während der ganzen Zeit der Beobachtung* (Januar—October 1888). *Keine qualitative Veränderung der Zuckungsformel. Die Zuckungen damals blitzschnell.*

Erst vier Monate nach Beginn der Parese wurden die *Zuckungen* auf der kranken Seite ohne sonstige qualitative Veränderung, und zwar allmählich deutlicher *träge* und nach der Stromesöffnung langsam abklingend. Dies zeigte sich *bei directer wie bei indirecter Reizung sowohl mit dem furadischen wie mit dem galvanischen Strom.*

Die *Motilität*, die sich im Beginn der Behandlung etwas gebessert, begann sich *cra. 5 Wochen* vom Auftreten der Parese gerechnet, wieder bis zu dem anfänglichen Grade zu verschlimmern, um dann ziemlich constant zu bleiben. Gegen Ende der Beobachtung wurde etwas Abweichen der herausgestreckten Zunge nach links, des Zäpfchens etwas nach rechts notirt. Ferner trat jetzt deutliche *Abstumpfung des Geschmacks auf der linken vorderen Zungenseite* hervor. Auch auf reflectorischem Wege konnten keine kräftigeren Bewegungen der gelähmten Muskeln hervorgerufen werden. Atrophie der kranken Gesichtsmuskeln war nicht nachweisbar.

Das Auffallendste an dem referirten Fall liegt in dem *späten* Auftreten der Zuckungsträgheit, welche auch die einzige qualitative Veränderung blieb, während gleichzeitig die bereits bei Beginn der Beobachtung constatirte Erhöhung der Erregbarkeit bei *directer wie indirecter Reizung* für beide Stromesarten fortbestand.

(Da auch die Funktionsstörungen sowohl an Intensität wie besonders an Extensität — vgl. die späte Betheiligung der Chorda tympani etc. — zunahmen, so ist wohl eine allmählich sich weiter ausbreitende Neuritis des betroffenen N. facialis anzunehmen Ref.)

Dehn.

253) **W. K. Anrep:** Urethan bei Vergiftung durch Strychnin und einige andere Krampf erzeugende Mittel. (Sbornik rabot is Laboratorii Anrep a I. Med. Obosrenie Bd. 28. Nro. 13.)

Anrep fand, dass die Reflexfähigkeit der Thiere unter dem Einfluss des Urethans bedeutend herabgesetzt wird, bei grossen Dosen kommt dazu noch eine Verminderung der Erregbarkeit der Endpunkte der motorischen Nerven. Das Urethan wirkt deutlich auf das Rückenmark ein, dessen Erregbarkeit herabgesetzt wird, in grossen Dosen erzeugt es Lähmung desselben. Dabei wurde stets bei genügenden Dosen hypnotische Wirkung beobachtet, bei Herabsetzung der Erregbarkeit der psychomotorischen Centren. Anrep weist zugleich auf die deutliche Temperaturherabsetzung hin, welche bei hypnotischen Dosen eintritt und während der Dauer des Schlafes anhält. Betreffs der antagonistischen Eigenschaften des Urethans in Bezug auf Strychnin

waren die Resultate bei Fröschen und Warmblütern etwas verschieden. Es ergab sich bei Fröschen, dass man mit Hilfe des Urethan die Krämpfe nach Strychninvergiftung abkürzen oder ganz vermeiden, aber das Leben nicht retten oder verlängern konnte, im Gegentheil trat bei Zusammenwirkung von Urethan und Strychnin der Tod früher ein. Bei warmblütigen Thieren gelang es ausser Unterdrückung der Krämpfe durch wiederholte grosse Dosen Urethan auch das Leben zu erhalten, wenn die tödliche Dosis Strychnin nicht allzu gross war. Ganz ebenso verhält es sich bei Vergiftung mit Pikrotoxin. Bei Nicotinvergiftung übt das Urethan gar keinen Einfluss auf den Ausgang. Dabei ist interessant, dass bei Fröschen, die vorher mit Urethan vergiftet waren, das Nikotin weder klonische Krämpfe noch fibrilläre Muskelzuckungen hervorruft. Diesen Umstand sieht Anrep als Beweis für den lähmenden Einfluss des Urethans auf die motorischen Nervenenden an, da unzweifelhaft die fibrillären Muskelzuckungen nach Nicotin zum Theil von Reizung dieser abhängen. Auf seine Versuche sich stützend rath A. das Urethan überhaupt in grossen Dosen zu geben 8—12 Gramm für einen erwachsenen Menschen. Solche Dosen seien ganz ungefährlich, während kleine Dosen keine beruhigende sondern aufregende Wirkung haben. Am besten ist es nach A. das Mittel per anum zu geben, da grössere Dosen die Verdauung stören und bei subcutaner Anwendung durch die grosse Menge Flüssigkeit unbequem sind. Buch.

254) S. Smirnow: Ueber die Theevergiftung.

(Med. Obosrenie Bd. 28. Nro. 21.)

Verfasser beschreibt den Symptomencomplex der chronischen Theevergiftung bei den berufsmässigen Theeprobirn. Es wird ein starker Theeaufguss gemacht und geschmeckt, doch nicht untergeschluckt, um die Güte des Thees zu bestimmen. Derartige Proben werden 150—200 am Tage gemacht. Es tritt nun allmählich eine Vergiftung ein, welche sich in Verschärfung des Geruchs und Geschmacks äussert, die allmählich einer Abstumpfung derselben Platz machte. Der Magendarmkanal functionirt unregelmässig, der Appetit und die Körperernährung nehmen ab; die Leber vergrössert sich anfangs, wird schmerzhaft, geht allmählich in einen Zustand von atrophischer Cirrhose über; die Nerventhätigkeit wird abgeschwächt, der Gemüthszustand gedrückt, das Gesicht schwach, bisweilen Doppelsehen; die Haut fühlt sich trocken an, wird gelblich, pergamentfarben; es treten periodische Schmerzen in der Herzgrube auf. Nach 2—3 Wochen müssen die Leute ihre Beschäftigung für eine Zeitlang einstellen. Verfasser hat gefunden, dass dieser Zustand einen verzögernden Einfluss auf den Verlauf der constitutionellen Syphilis ausübt und die Empfänglichkeit für die Quecksilbermittel vermindert. Buch.

255) W. J. Mickle (London): Antifebrin in pyrexia.

(The journal of mental science Jan. 1889.)

Verf. hat in den verschiedensten fieberhaften Affectionen Antifebrin in Dosen von 0,3—0,5 selten mehr, mit bestem Erfolge ange-

wendet. Organische Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, hallucinatorische Verwirrtheit, Phthisis bei Geisteskrankheiten wurden durch Antifebrin in günstiger Weise beeinflusst. Die Herzthätigkeit wurde in den meisten Fällen nicht geschädigt; nur selten sah M. ein Ansteigen der Pulsfrequenz bei gleichzeitigem Temperaturabfall nach Antifebringebruch. Strauscheid.

256) **A. G. Korezki**: Die Schlammkur. (80. 115 S. (russisch), St. Petersburg 1888.)

Die Schlammbäder am Nordufer des schwarzen Meeres werden hauptsächlich in der Form eines dünnen Teiges von Meerschlam und Soole genommen, in welche der Patient sich hineinlegt. Ausser anderem nicht hierhergehörendem heben wir aus des Verf. Untersuchungen über die Wirkung jener Schlammbäder hervor, dass die sphygmomanometrische Pulswelle stets bedeutend höher wird, bei unbedeutender Beschleunigung. Der Rannsinn der Haut wird herabgesetzt, Neuralgien wenigstens zeitweilig gehoben. Ueberhaupt wirken diese Bäder herabstimmend und in mehreren Beziehungen wie die Narcotica, auch was den Schlaf betrifft. Buch.

257) **C. Heimann** (Charlottenburg): Ueber Cocain-Epilepsie. (Deutsche Medicin. Wochenschr. 1889. Nro. 12.)

36 jähr. erblich nicht belasteter, mangelhaft erzogener Mann, der wegen Gelenkrheumatismus gewohnheitsgemäss Morpium einspritzte, suchte sich dasselbe durch schnell steigender Cocaindosen, von denen die erste sehr unangenehm wirkte, selbst abzugewöhnen. Er nahm schliesslich täglich 2 g Morpium und 8 g Cocain. Es stellte sich ausserordentliche Gedächtnisschwäche, geistige Zerrüttung, Demoralisation und Neigung zu tobsüchtigen Erregungszuständen ein; in einem Tobsuchtsanfall trat ein Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit ein, der sich dann häufig wiederholte. In der Anstalt wo Morpium und Cocain entzogen wurde, und wo Pat. wegen Recidiv zwei Mal Aufnahme fand, hörten die Anfälle auf, die Paranoia ging zurück. Später trat wieder Relaps ein und Pat. starb in einem Anfälle.

Für den Zusammenhang zwischen dem Cocain und der Epilepsie führt Verf. folgende Momente an: 1) Pat. ist hereditär nicht belastet. 2) Pat. hat vorher nie Krämpfe oder krampfartige Anfälle gehabt. 3) Während der Cocainentziehung bleiben die Anfälle aus, die wieder auftreten, sobald er Cocain nimmt. 4) Treten bei Thieren nach grösseren Cocaingaben und nach cumulativer Wirkung mehrerer kleiner Dosen epileptiforme Krämpfe auf. J. R n h e m a n n.

258) **Binder** (Schussenried): Das Morel'sche Ohr. (Arch. f. Psych. XX. 2 p. 514.)

Obige Bezeichnung giebt in Lehrbüchern der Psychiatrie vielfach als Collectivnamen für Bildungsfehler der Ohrmuschel überhaupt, weil Morel zuerst auf die häufigen Ohrmissbildungen unter den „stigmata hereditatis“ bei Geisteskrankheiten hingewiesen hat. Die „psychiatrisch-anthropologische Studie“ Binder's stellt eine ausführliche sehr

in's Einzelne gehende Bearbeitung des genannten Thema's dar. Nach Vorausschickung einer Beschreibung der normalen Ohrmuschel (nach Quain-Hofmann) theilt der Verf. die hauptsächlichlichen degenerirten Ohrformen wie folgt ein:

1. Fehlerhafte Implantation.
2. Abnorme Grösse.
3. Abnorme Kleinheit.
4. Uebermässig muschliger Bau.
5. u. 6. Im Allgem. unschöner Bau.
7. Verschiedenartiger asymmetrischer Bau beider Ohren. (Blainville'sches Ohr.)
8. Das Läppchenlose Ohr.
9. Angewachsene Läppchen.
10. Das Stahl'sche Ohr I. Anomalien am Helix.
11. Das Darwin'sche Ohr. Thierähuliche spitze Beschaffenheit.
12. Das Wildermuth'sche Ohr. Abnorme Prominenz des Antihelix.
13. Nichtbildung des Antihelix und der Crura furcata.
14. Das Stahl'sche Ohr II. Mehrgabelung der Crura.
15. Das Aztekenohr.
16. Das Stahl'sche Ohr III. Ueberwiegen der Crura anterior.
17. Gedoppelter Helix.
18. Zu grosse oder zu kleine Concha d. i. *Vertiefung* der Muschel.
19. Durchgehende Fossa scaphoidea.
20. Morel'sches Ohr im engeren Sinne. Grosse abstehende Ohren mit niedrigen Leisten und flachen Gruben.
21. Abnorme (angeborene) Knorpelbildung.
22. Mischformen.

Was das Vorkommen und die Bedeutung dieser degenerirten Ohrformen betrifft, so hatten von 354 beliebigen geisteskranken Personen 128 d. i. 36% abnorme Läppchen. Unter 730 Rekruten nur 8%, unter einer Anzahl geistig hervorragender Personen (nach Abbildungen in illustrirten Zeitschriften) 15%. — Unter den erblich belasteten Geisteskranken hatten 40% abnorme Lobuli. Am schwerwiegendsten war in hereditärer Beziehung die Trunksucht der Eltern. Eigentlich degenerirte Ohren wurden bei 58% Geisteskranken constatirt, von letzteren waren erblich belastet 53,6%. Diese Verhältnisse werden durch zahlreiche Tabellen genau illustirt. Verf. beobachtete ferner im Laufe der Zeit ausserhalb der Anstalt 33 Träger missgestalteter Ohren, nur bei 14 derselben bot sich *kein* Anhaltspunkt für irgendwelche psychische Abnormität (incl. Heredität). Von 103 mit anderweitigen Hereditätszeichen Behafteten unter den oben genannten 354 Kranken hatten 71 = 68% zu gleicher Zeit degenerirte Ohren, von den letzteren waren erblich belastet 48 = 67%.

Verf. glaubt dass möglicherweise in der Ohrverbildung eine gewisse Prädisposition für Gehörstäuschungen gegeben sein dürfte d. h. angenommen, dass der äusseren Missbildung irgendwelche Abnormität des inneren Organ's entspreche.

Langreuter.

259) **Woods:** Notes of a case of folie à deux in five members of one family. (The journal of mental science Januar 1889.)

In der Familie D. war der Vater schon längere Zeit an Paranoia erkrankt, auch in seiner Verwandtschaft waren viele Geisteskrankheiten vorgekommen. Seine Frau, gleichfalls aus belasteter Familie stammend, war bis zum 28. Januar 1888 gesund. An diesem Tage erschlug sie ihren Sohn P., einen epileptischen Idioten, im Wahne es sei dies nicht ihr Kind, sondern ein Teufel, ein böser Kobold. Die Leiche warf sie in den Hof. Zugleich mit der Mutter erkrankten die 4 ältesten Kinder, 1 Sohn, 3 Töchter; sie hatten dieselben Wahnideen, priesen die That der Mutter, glaubten darauf in den Himmel gefahren zu sein, dessen Herrlichkeit jeder so beschrieb, wie ihm seine Phantasie ihn gezeigt hatte. Alle 5 wurden in starker hysteromaniakalischer Aufregung in die Anstalt gebracht. Ausser dem ermordeten Kind war noch ein 12 jähriger Knabe schwachsinnig, während die beiden jüngsten Söhne gesund waren. In der Anstalt trat bald bei allen mit Ausnahme der ältesten Schwester Beruhigung ein; letztere war wie ihre Geschwister nachher angaben, diejenige, welche zuerst den Gedanken, dass der Bruder ein böser Geist sei und dass nach der That ihre Seele gen Himmel gefahren sei, aufbrachte. Sie ist bis jetzt krank geblieben und soll der Dementia entgegengehen. Die übrigen wurden bald geheilt entlassen. Strauscheid.

260) **Hack Tuke:** Boarding-out of pauper lunatics in Scotland. (Ueber die Familienverpflegung armer Geisteskranker in Schottland.)

(Journ. of. ment. science Jan. 1889.)

Verf. besuchte im Herbst 1888 einige derjenigen schottischen Orte, welche der familiären Pflege der Geisteskranken gewidmet sind. Am 1. Januar waren von 11609 schottischen Irren 2270 in Familienpflege, also 19,50%, oder, wenn man von der Gesamtsumme die wohlhabenden Irren, die hier nicht in Betracht kommen, abrechnet, von 8760 Irren 23,30%. Von diesen sind 66% einzeln in Pflege, 34% wohnen zu je 2—3 oder höchstens 4 zusammen bei einem ausgezeichneten Wärter. Diese sind meist kleine Landleute, welche in niedrigen einstöckigen, mit Stroh bedeckten Häuschen wohnen, sie bekommen wöchentlich 6 Schilling für eine Frau, 7 Schilling für einen Mann. Wenn man alle Kosten für Pflege, Kleidung, Ueberwachung etc. zusammen rechnet, so ergibt sich als Durchschnittsausgabe für einen Pat. in einer Irrenanstalt wöchentlich 13 s. 7 d., jährlich 35 L 7 s. 9 d., während bei Familienpflege die Kosten wöchentlich 8 s. 9 d., jährlich 22 L 15 s. ausmachen.

Alle Patienten die Verf. sah, waren ruhig und schwachsinnig, entweder von Geburt oder infolge secundären Blödsinnes. Sie fühlten sich zu Hause, konnten frei ein und ausgehen. Sie nehmen die Mahlzeiten mit ihren Pflegern ein und leben weder besser noch schlechter als diese. Die Kost ist natürlich sehr einfach, aber so, wie die Leute sie zu Hause gewohnt sind. Sie schlafen in Kastenbettstellen, von denen häufig 2 mit den Fussenden gegen einander gekehrt wie ein Hausrath in der Küche oder einem anderen Zimmer stehen. Im

allgemeinen wird streng darauf gesehen, dass in dem Hause, wo Irren verpflegt werden, keine Kinder oder junge Frauen sind. Mehr als 2 Kranke aufzunehmen wird nur wenigen, sich auszeichnenden Wärtern erlaubt. Wenigstens alle drei Monate wird von dem Distriktsarzte revidirt, ausserdem zweimal jährlich von der Oberaufsichtsbehörde. Ausstellungen sind nur sehr selten zu machen. Zur Familienverpflegung eignen sich nicht nur Kranke vom Lande, sondern auch Stadtbewohner so sind auf diese Weise 28⁰/₁₀₀ der Irren von Edingburgh versorgt. Verf. warnt davor, allzuviel Kranke an einem Orte zusammenzubringen, er würde eine Nachahmung von Gheel nur beklagen. Der Erfolg des ganzen Systems hängt nach ihm ab, von einer sorgfältigen Auswahl der Fälle, umsichtiger Auswahl der Wärter, geeigneten Orten häufiger und wirksamer Inspection. Durchaus nicht alle Blödsinnige oder Idioten sind zur Familienverpflegung geeignet; durchaus nicht alle Menschen sind als Irrenwächter zu gebrauchen. Auch muss der Charakter des Haushalts dem Geschlecht und Alter der Pat. entsprechen. So ist es oft sehr unzutraglich, dass Geisteskranke in Familien verpflegt werden, wo junge Frauen oder Kinder sind, da diese hierdurch schaden leiden können; man muss ebenso auf das Wohl der Pfleger als auf das der Verpflegten bedacht sein. Sind diese Bedingungen erfüllt, so ist die Familienverpflegung ein ausgezeichnetes Versorgungsmittel für arme Geisteskranke.

Strauscheid.

261) Forty-second report of the commissioners in lunacy. 18. Juli 1888.
(The journal of mental science Jan. 1889.)

Die diesjährige Zunahme der Geisteskranken in England betrug 1752, gegenüber einer früheren durchschnittlichen jährlichen Zunahme von 1455. Im ganzen waren am 1. Jan. 1888 82643 Personen geisteskrank. Die Zunahme der Fälle von Geisteskrankheit ist parallel der Zunahme der Bevölkerung. In den letzten 4 Jahren wurden mehr männliche Patienten behandelt als weibliche, während in den 25 Jahren zuvor dies umgekehrt war. Die Berichterstatter heben hervor, dass das Publikum immer lieber seine Zuflucht dazu nimmt, Geisteskranke auch wirklich in die Anstalten zu schicken. Die Zahl der Heilungen betrug in den letzten 4 Jahren 35,3⁰/₁₀₀ aller Aufnahmen, oder wenn man Wiederaufnahmen, Versetzungen in andere Anstalten abrechnet, 40,51⁰/₁₀₀ der Aufnahmen; sie ist in den letzten Decennien gewachsen. Die Zahl der Todesfälle im Verhältnisse zur Gesamtpräsenziffer betrug 9,87⁰/₁₀₀. In 74,2⁰/₁₀₀ aller Todesfälle wurde eine Section gemacht. 24 Todesfälle infolge von Suicidium kamen vor, darunter 5 von Patienten, die auf Urlaub waren. Die durchschnittlichen Unterhaltungskosten betrugen wöchentlich 8 sh. 9³/₄ d. Die Commission war mit dem Zustand aller Anstalten zufrieden.

Strauscheid.

262) Thirtieth annual report of the general board of commissioners in lunacy for Scotland. Edingburgh. 1888. (The journal of mental science Jan. 1889.)

Im Jahre 1887 nahm die Zahl der Geisteskranken um 304 zu, nämlich 250 Arme und 54 Privatpatienten. Aufgenommen wurden

501 Privatpatienten und 1997 Arme; geheilt entlassen wurden 209, resp. 876, ca 40⁰/₀ der Aufnahmen. Es starben 88 Privatpatienten und 596 arme Pat. d. i. 5,8 resp. 8,1⁰/₀. Auf 1000 Pat. kamen im Jahre 1887 25 Entweichungen, während im Jahre 1878 noch 38 gezählt wurden. — Die Gesamtzahl der schottischen Geisteskranken betrug 11609, darunter 1797 wohlhabende, und 9760 arme, von letzteren waren 2270 in Familienpflege, von ersteren nur 132. Die Commissionsberichte lauten sehr günstig sowohl über die Anstalts- wie über die Familienpflege.

Beachtenswerth erscheint der Rath, sobald als die Pat. ohne Schaden für sich oder andere aus der Anstaltsbehandlung entlassen werden können, dieselbe zu entlassen, da allein dadurch eine stetige starke Ueberfüllung der öffentlichen Anstalten zu vermeiden ist.

Strauscheid.

263) Thirty seventh report of the inspectors on the district, criminal and private asylums in Ireland. Dublin 1888. (The journal of mental science. Jan. 1889.)

Die Gesamtzahl der Geisteskranken Irlands betrug am 1. Jan. 1887 14702, dagegen am 31. Dez. 15263, also 561 mehr. Das Verhältniss der Irren zur Gesamtbevölkerung betrug 2,80 zu 1000, also dasselbe wie in England; dasselbe soll sich in Irland durch die zahlreichen Auswanderungen (von meist Gesunden) verschlechtert haben. Aufgenommen wurden in dem einen Jahre 2863, nämlich 1558 männliche und 1305 weibliche Kranke; hierunter befanden sich 640 rückfällige Personen. Geheilt entlassen wurden 1123 d. i. 40⁰/₀ der Aufgenommenen. Die Mortalität betrug 7⁰/₀ der überhaupt Verpflegten. Nur zwei Fälle von Flucht werden erwähnt. 2 Pat. starben infolge von Selbstmord, während zur selben Zeit in England 24, in Schottland 7 auf diese Weise umkamen. Die Behandlung und Verpflegung wird im allgemeinen sehr gelobt; dahingegen sollen die Räumlichkeiten für die Menge der Kranken vielfach nicht ausreichen. Die Anzahl der Pat. in dem Verbrecherysyl hat abgenommen, während sie sonst überall zunahm.

Strauscheid.

III. Aus den Akademien und Vereinen.

Società medico-chirurgica di Pavia.

Sitzung vom 19. Januar 1889. (Gazzetta degli ospitali Nro. 19. 1889.)

264) **Karlo Martinotti** spricht über einige neue cerebrale Zellengruppen, die den sogenannten Granulis des Kleinhirns gleichen.

Als M. Querschnitte durch das Gehirn eines Kaninchens machte, das vorher der von Verf. angegebenen Modification der Golgi'schen Schwarzfärbung unterworfen worden war, fand er 4—5 mm. hinter der vorderen Parthie des Balkens an dem unteren Theile des Septum pelucidum auf jeder Seite einen deutlich ausgeprägten Kern von ungefähr ovaler oder dreieckiger Form, der eine höchste Höhe von ca 1,5 ctm. eine Breite und Tiefe von je 700 μ hat. Zwei andere Kerne, gleichfalls aus denselben kleinsten Zellen zusammengesetzt und von der Umge-

bung wohl sich abhebend, fand er in beiden Hemisphaeren etwas unterhalb des vorigen in dem gleichen Schnitte am unteren und inneren Rande des corpus striatum; ihr Durchmesser betrug ca 170 μ . Die Zellen in diesen Kernen haben dieselben Dimensionen, dieselbe rundliche Form wie die Körner des Kleinhirns; sie sind mit 3—5 Protoplasmasätzen versehen, welche sich in geringer Entfernung vom Ursprunge dichotomisch theilen; der Nervenfortsatz ist ausserordentlich fein, mit einigen sehr feinen Seitenzweigen versehen und scheint sich in dem diffusen Netze der Kerne selbst zu verlieren. In dem grösseren Kerne im septum pellucidum findet man ausserdem 2—3 grössere, drei oder vieleckige Zellen, welche den grösseren Zellen, der Körnerschicht des cerebellum gleichen. Sie haben eine Grösse von ca 25 μ . Endlich fand Verf. in diesem Kerne auch Neurogliazellen, welche die charakteristische Strahlenform haben, deren Fortsätze sich direct am Ursprunge verästeln. Bei der Ratte beobachtete Verf. nur den im sept. pell. gelegenen Kern, nicht die tiefer gelegenen. Beim Hunde liegt der betreffende Kern, der übrigens grösser ist wie beim Kaninchen, am unteren und inneren Rande des corpus striatum, während im sept. pell. keiner gefunden wurde. Ebenso wie beim Hunde ist der Kern beim Menschen gelegen. Bei letzterem erreicht er die grösste Ausdehnung. Hier sind die Zellen noch kleiner wie die beim Kaninchen beobachteten, was die Analogie mit den „Kleinhirnkörnern“ noch vermehrt, da nach Golgi's Angaben auch diese beim Menschen bei weitem die geringste Dimension haben. Verf. (dessen Arbeit übrigens in Golgi's Laboratorium gemacht ist) verspricht den Gegenstand weiter zu verfolgen und nächstens eine ausführliche Arbeit mit Zeichnungen darüber zu veröffentlichen.

Strausschaid.

V. Verein der deutschen Irrenärzte.

In der Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Bonn am 16. September 1888 wurde der Mendel-Schülle'sche Antrag einstimmig angenommen, dass ohne Verzug mit der Sammlung einschlägigen Beobachtungsmaterials begonnen werde, welches nachzuweisen bestimmt ist, *ob die Annahme einer verminderten Zurechnungsfähigkeit nothwendig sei*, und dass die Bearbeitung des gesammten Materiales durch Herrn Prof. Dr. von Krafft-Ebing geschehe, welcher sich dazu bereit erklärte.

Diesem einstimmigen Beschlusse der Versammlung gemäss werden die Herren Mitglieder des Vereines gebeten, das Material, welches sich ihnen ergeben hat, an Herrn Prof. Dr. von Krafft-Ebing in Graz, Steyermark, gefälligst einzusenden.

(vgl. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 45. S. 524—47.)

Der Vorstand.

I. A.:

Dr. H. Laehr.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrstrasse 28.).

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

15. Mai 1889.

Nro. 10.

Inhalt.

I. Originallen. I. Gedankenlos. Eine gerichtsärztliche Betrachtung. Von Dr. med. A. Leppmann.

II. Die Trunksucht und ihre gerichtsärztliche Beurtheilung in America. Von Dr. Ascher in Daldorf.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

1. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Von Dr. Karl Schaffer in Budapest.

Róna: Hemiatrophia facialis progressiva.

Schwarz: Hysteria virilis.

Donáth: Dementia paralytica mit Herpes zoster.

Donáth: Stottern, clonische Krämpfe und Tetanie.

2. Berliner Medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Guttmann: Ueber Hydracetin.

Uhthoff: Ueber die bei multipler Sklerose vorkommende Amblyopie.

III. Referate und Kritiken. Roschansky: Reflectorische Vasomotorencentra in den Ganglien des sympathischen Nervensystems. Rudolphson: Idiomuskuläre Wulstbildung. Pick: Gehirnlocalisation. Rath: Geschwülste der Hypophysis cerebri. Batemann: Worttaubheit und Wortblindheit. Brooks: Hirnabscess. Dillmann: Tabische Augensymptome. Dejerine et Sollier: Periphere Tabes. Joffroy et Achard: Periphere Neuritis. Rake: Raynaud'sche Krankheit. Lehr: Harnstoffausscheidung nach monopolarer und bipolarer faradischen Bädern. Birch: Cannabis indica. Schütz: Alopecia neurotica. Chambard: Hautneurose. Camuset: Pachydermie. Freund: Generelle Gedächtnisschwäche. Fürstner: Geistesstörungen des Senium. Schlöss: Moralischer Irresein. Macpherson: Classification der Psychosen auf die Nervenfunctionen begründet. Engelhorn: Die gerichtliche Bedeutung des epileptischen Irrezeins. Reinhardt: Gerichtsärztliches Gutachten.

IV. Aus den Academies und Vereinen.

1. Verein der Aerzte in Steiermark.

Eppinger: Demonstration des Gehirns eines Mannes der von einem Baume herabgefallen.

v. Jaksch: Fall von multipler inselförmiger Sklerose.

2. Verein der Aerzte Kärntens.

Purtscher: Zwei Fälle von Lähmungen mit centralem Sitze.

3. Società medico chirurgica di Bologna.

Lussana und Gallerini: Pathogenese der Epilepsie.

Bendandi und Boschi: Essentielle Epilepsie, durch Trepanation geheilt.

V. Bücher-Anzeigen.

I. Originalien.

I.

Gedankenlos.

Eine gerichtsärztliche Betrachtung.

Von Dr. med. A. LEPPMANN.

In dem Widerstreit der Meinungen, der sich an die bisweilen utopischen Forderungen knüpft, welche aus den Beziehungen der geistigen Störungen zu gesetzwidrigen Handlungen gefolgert werden, ist manche naheliegende und vielleicht wichtigere Frage der forensischen Psychologie in den Hintergrund gedrängt worden vor allen die, ob es möglich und für die Rechtspflege ersprieslich sei, rein auf dem Boden der gegenwärtig gültigen Gesetzesvorschriften dem ärztlichen Sachverständigen als technischem Beirath einen grösseren Spielraum zu gewähren.

Während der Seelenarzt selbst, wenn er Gelegenheit hat, öfters als aufmerksamer Beobachter Gerichtsverhandlungen beizuwohnen unschwer zur Ueberzeugung kommt, er würde zur Klärung manches Sachverhalts durch Deutung psychologischer Grundbegriffe viel beitragen, hält der Jurist und der rechtsprechende Laie dergleichen für überflüssig ja für gefährlich, da ihnen der Psychiater fälschlicher Weise als eine Persönlichkeit erscheint, welche geneigt ist, überall pathologische Züge an seinen Mitmenschen zu entdecken und daraus zu weit gehende die gerechte Strafe mildernde oder aufhebende Schlussfolgerungen zu ziehen. Am ehesten werden derartige Meinungen dadurch widerlegt, dass man sich strenge bemüht, nicht nach dem, was man als Rechtsnorm für erstrebenswerth hält, sondern nach dem, was wirklich als solche besteht, zu gutachten und ferner dadurch, dass man Fälle ermittelt, in denen auf Grund psychologischer Unerfahrenheit der Rechtsprechenden Schuldige der verdienten Strafe voll oder theilweise entschlüpfen. Eine solche Casuistik könnte Bausteine schaffen, durch welche vielleicht dereinst die Stellung der ärztlichen Sachverständigen ohne schroffen Gegensatz zu den geltenden Rechts- und Volksanschauungen gefestigt und erhöht werden würde. Dies ist der Grund weshalb Verf. folgenden an und für sich nicht eben complicirten Fall zur Kenntniss der Fachgenossen bringt:

Richard Rosseutscher, Arbeitsbursche aus Breslau, gegenwärtig 21 Jahre, erblich nicht belastet, soll von Jugend auf etwas kopfschwach gewesen sein. Er lernte schlecht in der Schule, kann nothdürftig lesen und schreiben, löst aber leichtere Exempel aus dem Einmal eins ziemlich sicher. Mit 8 Jahren fiel er aus dem 1. Stock, schlug sich ein Loch in den Kopf, ohne Gehirnerscheinungen oder andere wesentliche Folgeerkrankungen zu zeigen. Nach dem Verlassen der Schule fand er seinen Broderwerb meist als Aufwäscher in Destillationen. Nachdem er eine Zeit lang in einem warmen, spiritusdurchdunsteten Raume gearbeitet hatte, wurde er im Alter von 17 Jahren

maniatisch erregt und verworren. Nach ungefähr viermonatlicher Krankheitsdauer genas er auf der Irrenstation des Allerheiligen Hospitals. Mit 19 Jahre wurde er rückfällig. Der Anfall war kürzer und machte eine vierwöchentliche Hospitalbehandlung nothwendig. Seitdem ist er ruhig und klar geblieben, er hat Krankheitsbewusstsein, schildert seine Erregungszustände deutlich, giebt zu, seit dem 2. Anfall von ähnlichen verschont geblieben zu sein, sucht sich selbstständig Arbeit, verwendet das verdiente Geld in zweckmässiger Weise, zeigt aber in seinem ganzen Auftreten wie auch schon früher etwas Taeppisches und Unbeholfener. Sein bartloses Gesicht trägt noch kindliche Züge und hat den Ausdruck einer gewissen heiteren Blödigkeit.

Im Winter d. J. befand sich R., nachweislich unberauscht in einem Restaurationskeller, wo er bisweilen verkehrte. Dort trat er an eine Hausirerin, die einen Korb mit Wollwaaren feil bot, heran und wühlte in den Sachen mit dem Bemerken, er wolle ein Paar wollene Strümpfe kaufen. Die Verkäuferin liess ihn eine kurze Zeit aus den Augen, da sie andere Kunden bedienen musste und er verliess bald ihren Stand mit dem Bemerken, er habe sich die Sache anders überlegt, er wolle bis zum nächsten Lohntage warten. Beim Durchmustern ihrer Waare vermisste die Frau sofort ein Paar wollene Strümpfe und R. half ihr sogar danach suchen. Da verrieth ihn ein auffallender Wulst in seiner Jaquettasche. Die Frau beschuldigte ihn des Diebstahls und eine Durchsuchung förderte die Strümpfe zu Tage. Er entschuldigte sich mit der Versicherung, er wisse nicht wie die Strümpfe in seine Tasche gekommen seien, die Frau müsse sie ihm wohl selbst hineingesteckt haben. Aehnliches sagte er dem herbeigerufenen Schutzmann, welcher ihn von früher kannte. Diesem machte er einen völlig rubigen Eindruck. Nachdem seine Personalien festgestellt waren, verliess er den Keller, kehrte aber nach kurzer Zeit noch einmal zurück und bat den Schutzmann Nachsicht mit ihm zu haben, da er manchmal nicht richtig im Kopfe sei. In der Folgezeit wurde nichts Auffallendes an ihm bemerkt. Er war ebenso wie vorher erwerbsthätig. In dem vor dem Schöffengericht anstehenden Termine entschuldigte er sich ebenfalls mit seiner Geistesschwäche und der Verf., welcher den p. R. im Hospital behandelt und auch später öfter gesehen hatte, wurde als Sachverständiger geladen.

In dem neu anberaumten Termine äusserte sich Verf. folgender Maassen: Der p. R. stehe nachgewiesener Maassen merkbar unter dem Niveau der normalen Begabung. Dieser dauernde Zustand des Schwachsinn bedinge eine Verminderung seiner Zurechnungsfähigkeit für alle Handlungen, welche er begehe, keineswegs aber eine Aufhebung der freien Willensbestimmung im Sinne des § 51 d. R. Str. G., da der einzig gültige Maassstab für die Grösse seines Schwachsinn, sein sonstiges Verhalten ergebe, er verstehe doch so weit folgerichtig zu handeln, dass er sich eine, wenn auch bescheidene, so doch selbstständige Stellung im socialen Organismus zu erringen und zu erhalten gewusst habe. Nun wäre noch die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, der Angeklagte habe sich, abgesehen von seinem Schwachsinn, zur Zeit der That in

einem Zustande von krankhafter geistiger Erregtheit, wie schon wiederholt früher, befunden. Ein solcher würde natürlich den ruhigen Ablauf seiner Denkprocesse, seiner Gefühlsthätigkeit und in Folge dessen seiner Willensimpulse so trüben, dass er dann sicher unzurechnungsfähig gewesen sein müsste. Dafür finde sich aber weder im Benehmen während und unmittelbar nach der That, noch in seinem sonstigen Verhalten in der weiter darauf folgenden Zeit ein Anhaltspunkt. Der Angeklagte giebt selbst zu, seit 1887 von Erregungen verschont geblieben zu sein, auch dem Schutzmann der ihn kannte kam er ruhig vor, er war nach der That ohne Unterbrechung in seinem Berufe thätig, kurz die That war augenscheinlich kein Ausfluss einer maniatischen Laune. Auch war sie durch die Situation genügend motivirt.

Der Staatsanwalt betonte hierauf in erster Reihe die verminderte Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten, welche von dem Sachverständigen bezeugt worden sei, und trat bei einer eventuellen Verurtheilung für das geringste Strafmaass von 1 Tag Gefängniss ein. Sodann aber sagte er weiter: Zu einer Verurtheilung aus § 242 des R. St. G. gehöre nach dem Wortlaut des Gesetzes „die Absicht der rechtswidrigen Zueignung“. Ob eine solche hier angenommen werden müsse, das stelle er und damit die Freisprechung anheim. „Bekanntermassen“ seien Geistesschwache „gedankenlos und zerstreut“ und da sei es doch möglich, dass der p. R. sich die Strümpfe *ohne sich dessen, was er thue, überhaupt bewusst zu werden eingesteckt habe*.

In Folge dessen erkannte das Schöffengericht auf Freisprechung unter der vom Staatsanwalt ausgeführten Motivirung. Dieses Urtheil hat jetzt Rechtskraft erlangt.

Für jeden, welcher in den Mechanismus seelischer Vorgänge ein wenig eingedrungen ist, ist es leicht ersichtlich, dass eine einzige Frage an den Sachverständigen der Sache eine andere Wendung gegeben hätte. Die Annahme der „Gedankenlosigkeit“ basiert auf einer falschen Anschauung, an welcher das „gesunde Urtheil des Volkes“ zähe festhält, obgleich es grade heutzutage genügend Material hätte, sich vom Gegentheil zu überzeugen. Für die meisten medicinischen Laien ist der Begriff einer geistigen Störung welcher Art sie auch immer sei, untrennbar mit dem Begriff des Weltentrücktseins, des mindestens zeitweiligen Abgelenktseins, des rein automatischen Handelns. Man vindicirt den Kranken in Folge ihres Gehirnzustandes einen ähnlichen Mangel an Aufmerksamkeit wie im physiologischen Zustande dem in seine Speculationen vertieften Gelehrten, welcher ahnungslos eine Elle statt eines Stockes spazieren trägt. Man wundert sich in Folge dessen, dass die Kranken in den Anstalten wissen, wo sie sich befinden und dass sie spielen und sich miteinander unterhalten können. Man kann sich nicht recht vorstellen, dass diese Art von vorübergehender oder dauernder Unfähigkeit zu folgerichtiger Aufmerksamkeit nur relativ wenigen seelischen Krankheitszuständen wie z. Bsp. epilept. Dämmerzuständen eigenthümlich ist und dass sie grade beim einfachen uncomplicirten Schwachsinn auch als vorübergehendes Symptom ausgeschlossen werden muss. Wer überhaupt so viel Ver-

stand hat, dass er sich einen gewissen Schatz von Begriffen bilden, in der Erinnerung bewahren und zu Schlüssen verknüpfen kann, von dem können wir, wenn sonst kein pathologisch wirkender Vorgang wie es in unserem Falle z. B. eine Berauschtigkeit sein könnte, vorliegt, mit Sicherheit annehmen, dass ihm die Fähigkeit innewohnt sich dessen bewusst zu werden, was er thut, dass also eine Handlung wie die, welche der p. R. beging, einfach auf die Befriedigung eines Lustbedürfnisses abzielte und er wohl im Stande war, die Vortheile und Nachtheile derselben prüfend zu erwägen. Freilich gehört es ja zum Begriff des Schwachsinnns dass das Begehren verhältnissmässig stark und die Correctur durch den prüfenden Verstand gering ist, das bedingt eben den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit, aber keine Aufhebung derselben. Also Mangel an Besonnenheit konnte in Betracht kommen, nicht Mangel an Bewusstsein.

Schliesslich wäre noch die Möglichkeit in Frage zu ziehen, dass sich das angeblich unbewusste Beistecken der Strümpfe durch den bereits oben erwähnten physiologischen Vorgang der Zerstretheit, durch Ablenkung der Aufmerksamkeit in Folge neuer Eindrücke oder in Folge intensiven Nachdenkens über bereits vorhandenes Gedanken-Material erklären lasse. Verf. erfuhr erst kürzlich von einem Falle, wo ein Herr aus besseren Ständen dadurch in den Verdacht des Diebstahls zu gerathen drohte, dass er, in der Absicht sich einen Schirm zu kaufen, seinen Stock, den er gewöhnt war, zu tragen zu Hause liess, in dem Laden wo er bereits mehrere Schirme sich angesehen, in Folge eines anregenden Gespräches mit einem Freunde die Kaufabsicht aufgab und zu Hause zu seinem Schrecken bemerkte, dass er einen Schirm aus dem Laden, den er grade bei Anknüpfung des Gesprächs in der Hand hatte, mitgenommen hatte. Ein gleicher Vorgang fand bei R. nicht statt. Eine Ablenkung der Aufmerksamkeit aus äusserem Anlass war nicht vorhanden. Anein Verfallen in tiefe innere Meditation ist bei einem Schwachsinnigen am allerwenigsten zu denken und schliesslich hätte selbst, wenn die Möglichkeit eines solchen Vorgangs vorausgesetzt würde, ihm bei der Erwähnung des Fehlens der Strümpfe wenigstens eine dunkle Ahnung kommen müssen, er könne sie haben. Im Gegentheil sein ganzes Gebahren deutete auf die Absicht, gute Beute zu machen.

So wäre es dem Sachverständigen wohl gelungen, auch Nichtmedicinern klar zu machen, dass der Einwand des Angeklagten, ein anderer müsse ihm die Strümpfe eingesteckt haben, oder er habe die That unbewusst ausgeführt, nichts anderes war, als eine dumm-schlaue Ausrede.

II.

Die Trunksucht und ihre gerichtsärztliche Beurtheilung in America.

(Nach den Verhandlungen in der Medico-Legal Society in New-York.)

Von Dr. ASCHER in Dalldorf.

Die Medico-Legal-Society in New-York beschäftigte sich in ihren November- und Dezember-Versammlungen des Jahres 1887 mit der

Trunksucht und ihrer forensischen Beurtheilung. Die Gesellschaft beauftragte alsdann ihren Präsidenten Clark Bell die Vorträge zu sammeln und diese sowie die daran angeschlossene Discussion zu veröffentlichen.*) Siebenzehn Vorträge über diese Materie liegen uns nun vor, und enthalten den Stoff zu den folgenden Ausführungen.

Die Frage selbst ist seit langer Zeit in Nordamerika auf der Tagesordnung, welche schliesslich darin gipfelt, wie die Trunksucht zu mindern ist. Dass gerade dort eine solche Unmässigkeit im Trinken herrscht, soll nach Thwing (pag. 95) darin seinen Grund haben, dass sich dort die physikalischen und psychischen, die politischen und socialen Verhältnisse in einer Weise vereinen, dass das Leben anstachelnder und aufreibender wird, als sonst wo. Was die klimatischen Verhältnisse betrifft, so sind die Temperaturunterschiede nirgends so bedeutend, wie in diesem Lande. In Minnesota wurden 138° F (76° Cels.) beobachtet. Temperaturunterschied zwischen Wohnung und Aussenluft beträgt in Nordamerika durchschnittlich 60° F (33° C.) gegenüber 20° F (11° C.) in England. Der Amerikaner ist so sensibel, dass er mit seiner Neuralgie Sturm voraussagen kann. Er jagt sich ab, ist bestrebt in möglichst wenig Zeit viel zu leisten. Nirgends ist eine solche Rivalität in Geschäften. Das Erziehungssystem erschöpft die Energie der Jugend. Die grosse politische und kirchliche Freiheit mit den vielen Kämpfen ist nicht schuldlos an der weitverbreiteten Neurasthenie. Nirgend giebt es so viel Möglichkeiten, sich Stellung, Besitz und Einfluss zu erwerben. Endlich kommt noch der Import von schlechten europäischen Auswandern dazu, bei denen 1 von 250 geisteskrank ist, während erst unter 662 Eingeborenen 1 Geisteskranker gezählt wird. Solche Verhältnisse führen leicht zum Gebrauch von Stimulantien und im Weiteren zur Unmässigkeit darin. Wie ist nun diesem zu steuern? Ellinger (pag. 35 etc.) verspricht sich mehr von einer rationellen Erziehung der Jugend als von Aenderung in der Gesetzgebung oder gar vom gänzlichen Verbot der Spirituosen. Namentlich das Verbot kann leicht das Gegentheil zur Folge haben nach der bekannten Erfahrung, dass die verbotenen Früchte die süssesten sind. Votr. weist auf die Juden hin, welche sich durch Mässigkeit auszeichnen; er schreibt es zum grossen Theil der Erziehungsmethode und der von den Vorfahren ererbten Sitte zu. Die Gesellschaft hat sich selber zu schützen, indem sie Trunkenbolde ausschliesst. Haus, Schule, Kirche müssen gemeinsam wirken. Durch Gesetze wird man aber nie einen Menschen zu einem mässigen machen. Der gegentheiligen Ansicht bekennt sich Burnett (p. 88), welcher die Forderung des gänzlichen Verbots erhebt, und darin die einfachste Lösung der Frage zu sehen glaubt. Unter dem Einfluss des Alcohols erleidet das Individuum eine schwere Schädigung; bei 55% sämmtlicher Geistes-

*) The medical Jurisprudence of inebriety. Being papers read before the medico-legal-society of New-York and the Discussion thereon. Published by the Medico-Legal-Journal Association, by Authority of the society. New-York 1888.

kranken und bei 68⁰/₁₀ der Idioten konnte übermässiger Alcololgenuss, sei es bei diesen selbst, sei es bei ihren Vorfahren constatirt werden (pag. 142). Aber nicht nur beobachtet man schwere Defecte des Intellects bei der Nachkommenschaft von Säufern, es ist auch häufig zu constatiren, dass sich die Begierde nach Alcoholicis vererbt (pag. 150).

Diese schweren Schäden, welche dem übermässigen Alcololgenuss zuzuschreiben sind, werden in allen uns vorliegenden Vorträgen anerkannt. Es wird in der Mehrzahl derselben die Frage ventilirt, ob die Trunksucht als eine Krankheit anzusehen ist und welche Rücksichten das Strafgesetz auf dieselben zu nehmen hat. Nach dem Civilgesetz gilt der Rauschzustand als eine Form von Geisteskrankheit. Nicht so nach dem Strafgesetz, nach welchem sonst gesunde Menschen, welche sich im Zustande der Trunkenheit vergangen haben, zur Rechenschaft gezogen werden. Sogar giebt es Richter, welche die Geschworenen dahin instruiren, Trunkenheit als Verschärfungsgrund aufzufassen und nicht als Milderungsgrund (pag. 1 etc.).

Auch das englische Gesetz verfährt in gleicher Weise. Kerr-London sieht ebenfalls darin eine grosse Ungerechtigkeit (pag. 13). Zum mindesten müsste man bei Leuten, welche selber ihre Toleranz gegen dieses Gift noch nicht kannten und sich im Rauschzustande vergangen hätten, das erste Mal Nachsicht üben. Zur Verantwortung dürften ferner nicht gezogen werden Geistesranke, welche in Folge krankhaften Hanges zum Trinken sich betrunken haben, und blödsinnige Säufer, welche jedenfalls geisteskrank sind, wenn auch der Alcolol an ihrer geistigen Erkrankung Schuld war. Ferner müssten straffrei bleiben, Deliranten und in Folge des Alcolols maniakalisch Erregte. Da solche Leute, wenn sie einmal trinken, sich bis zur Tollheit betrinken, so würden sie, wenn sie bestraft würden, dafür bestraft, dass sie überhaupt getrunken hätten.

Indess hätte es seine Gefahr, wie Hughes hervorhebt, (pag. 24) jede im Trunke begangene That für straffrei zu erklären, da dadurch eine Art alcololischer Unverantwortlichkeit geschaffen werden würde, welche von Verbrechern benutzt werden könnte. Es müsste deshalb untersucht werden, entgegen dem Usus, solche Leute als Verbrecher zu betrachten, wieviel auf natürliche Anlage, wieviel auf verbrecherische Absicht und Ausübung der That zu rechnen ist (pag. 16). Mau (pag. 29) hält die Dipsomanen sogar in den freien Intervallen für nicht normale Menschen. Es sind Kranke, welche zu behandeln sind; eine Ansicht, welche das Gesetz zu respectiren habe, indem es solche Leute nicht bestraft. Baker (pag. 45) sagt direct, dass ein Säufer durch Strafe nicht gebessert wird. Nicht in's Gefängniss, in ein Säufersyl ist ein solches Individuum zu schicken. Eine solche Anstalt muss die Berechtigung haben, Personen festzuhalten bis zur Genesung. Dieser Forderung indess, dass Trunksucht vor gesetzlicher Strafe schützen solle, tritt Davis, ein früherer Richter, ganz energisch entgegen (pag. 123). Das Gesetz ist vor Allem zum Schutze der menschlichen Gesellschaft da. Der Trunkene, welcher sich im Rausche vergeht, ist selber an seinem Zustand, also auch an seinem Vergehen

schuld und deshalb zur Verantwortung zu ziehen. Würde der gestellten Forderung auf Strafflosigkeit solcher Individuen nachgegeben, so würde der Verbrecher, bevor er sein Verbrechen begeht, sich betrinken. Andererseits bietet das Gesetz genügenden Schutz, indem Geisteskranke, sobald erkannt wird, dass sie keine Einsicht in ihre Handlung hatten, nicht bestraft werden.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Von Dr. Karl Schaffer in Budapest.

Sitzung vom 23. Februar 1889.

265) S. Róna stellt einen Fall von *Hemiatrophia facialis progressiva* vor. Patient bestand mit 5 J. einen schweren Typhus. Nach einem Jahre entstand an der rechten Seite seines Gesichts ein weisser glänzender Fleck, welcher an Ausdehnung langsam gewann, wobei die Haut schrumpfte. Atrophie der rechten Backe, des rechten Unterlids und eines kleinen Theiles der rechten Oberlippe. Die Haut ist dünn, an Stellen gelblich-pergamentartig, schwer in Falten zu heben, Temperatursinn und Hautempfindlichkeit jedoch erhalten.

266) A. Schwarz demonstriert eine *Hysteria virilis*.

Bei einem 19-jährigen jungen Manne ist durch das Emporheben der rechten Hand folgender Zustand auszulösen: Es erscheint vor Allem in dieser Extremität Zittern, später zeigt das Antlitz einen leidenschaftlichen Ausdruck, die Respiration wird tief, die Augen springen hervor, die Faust wird geballt, der Kranke nimmt eine drohende, aggressive Haltung an. — Im rechten Arm zeigt sich der Tremor spontan, worauf clonische Zuckungen folgen, welche auf den Hals, Kopf und Gesicht sich erstrecken, zuletzt auf den ganzen Körper. Während des ganzen Anfalles weiss Patient nichts von sich. Der Anfall ist durch Anherrschen mit „Genug“ zu coupiren. Vortragendem gelang es bisher nicht den Pat. zu hypnotisiren; da er den Zustand für eine psychische Erkrankung hält, so hofft er durch energische Suggestion eine Heilung zu erzielen.

An der Discussion nahmen E. Jendrásik und J. Salgó Theil. Ersterer bezweifelt auch nicht, dass vorliegender Fall eine Hysterie sei und bezeichnet diesen als chorée rythmée. — Den Ausdruck „Psyche“ möchte er eliminiren, da in den Augen des Arztes diese nicht existirt. J. Salgó beobachtete ähnliche Fälle und hält dieselben für psychische, functionelle, denn diese Zustände verschwinden auf psychische Einwirkung.

Sitzung vom 13. April 1889.

267) Julius Donáth stellt einen von *Herpes zoster* begleiteten Fall von *Dementia paralytica* vor. Der Ausschlag zeigte sich in der Magengrube, von wo er innerhalb zwei Tage entlang der linksseitigen Rippen die Wirbelsäule erreichte; er verschwand auf Bestreuen mit Amylpulver langsam. *Herpes zoster* ist ein, bei *Dementia paralytica* seltener vorkommender Hautausschlag.

J. Salgo bemerkt, dass er in zwei Fällen von Dementia paralytica, und in je einem Falle von Melancholie und hallucinatorischen Verwirrtheit den Gürtelausschlag beobachtete. Er erwähnt, dass bei Tabes derselbe ebenfalls gesehen wurde.

268) **Julius Donáth** stellt ferner einen 17 jährigen *Stotternden* vor, bei dem der *Krampf* zugleich in den *Muskeln des Nackens*, Halses und Gesichtes erscheint und sich manchmal bis zur *Tetanie* steigert. Patient lernte schwer sprechen; vor 4 Jahren brach das Eis unter ihm, er fiel in's Wasser und erschreck dabei heftig. Nach einer Woche zeigten sich in den Halsmuskeln geringe clonische Krämpfe, welche stetig zunehmend, ihre gegenwärtige Grösse erreichten. Therapie besteht in Athemgymnastik, in Uebung der Thoraxmuskulatur, in langsamer und lauter Aussprache der Sylben.

II. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 1. Mai 1889.

269) **P. Guttman**: *Ueber Hydracetin.*

Das Hydracetin oder Acetylphenylhydracin ist das wirksame Princip des Pyrodins und wirkt viermal so stark als letzteres.*) Es reiht sich in die Gruppe der Antifebrilia; es zeigt bei den verschiedensten Fiebern eine bedeutende temperaturerniedrigende Wirkung; dieselbe erstreckt sich nach einer Gabe von 10 Cgrm. auf 5—6 Stunden. Sein Einfluss auf Schmerzen lässt es ebenbürtig dem Antipyrin, Antifebrin u. s. w. erscheinen, so bei dem acuten Gelenkrheumatismus, so bei Neuralgien. G. sah bei 2 Fällen von Ischias eine prompte, wenn auch nicht anhaltende Wirkung. Wegen der durch grössere und länger fortgesetzte Gaben bei Thieren beobachteten Blutdissolution erfordert der Gebrauch des Acetylphenylhydracin grosse Vorsicht. Es sollen nicht mehr als 10 Cgrm. pro die, entweder als einmalige Einzeldose oder in 2 Gaben von 5 Cgrm innerhalb einer Stunde oder bei dem acuten multiplen Gelenkrheumatismus in Vormittags- und Nachmittagsgaben von je 5 Cgrm. gereicht werden. Nach 3 Tagen der Anwendung muss das Mittel ausgesetzt werden. Nebenwirkungen hat H. abgesehen von Blässe des Gesichts nicht beobachtet.

270) **W. Uhthoff**: *Ueber die bei multipler Sclerose vorkommende Amblyopie.*

Die Untersuchungen des Votr. erstrecken sich auf 100 Fälle multipler Sclerose, welche dem Material der Charité und der Schöler'schen Augenklinik entstammen.

Was zunächst die anatomische Seite betrifft, so sind von den 100 Fällen 7 zur Sektion gekommen und 6 mal die Optici untersucht. Besteht multiple Sclerose lange Zeit, so ist der Sehnerv sehr oft afficirt. Wie es ein Fall lehrt, kann die anatomische Prüfung einen Befund ergeben, während keine ophthalmoskopische Veränderungen und keine Sehstörungen intra vitam bestanden. In den meisten Fällen handelt

*) Therap. Monatshefte 1887 p. 557 und 1888 p. 23.

es sich um einen interstitiellen entzündlichen Process, welcher vorzugsweise die feinen Bindegewebssepta des Sehnerven betrifft, das Mark schnell schwinden, aber die nackten, gesunden Axencylinder vielfach bestehen lässt. Relativ selten und dann auch gewöhnlich nur stellenweise findet sich das Bild der einfachen Atrophie. Es zeigen sich ferner vermehrte Gefässbildung und auch Alteration der Gefässwandungen. Die Gefässveränderungen scheinen jedoch nicht das Primäre zu sein. Man sieht häufig in der Umgebung der Gefässe eine reichliche Kernproliferation. Die Schrumpfung des Opticus ist wie Votr. durch direkte Messung nachgewiesen hat, bei multipler Sclerose oft bedeutend stärker als bei tabischer Atrophie, weil es sich bei der interstitiellen Natur des in Frage kommenden Processes um einen proliferirenden Vorgang handelt, welcher nachher eine aktive Schrumpfung bedingt.

Was nun die klinischen Erfahrungen betrifft, so sind von den 100 Fällen in 45 ophthalmoskopische Sehnervenveränderungen constatirt worden. Es fand sich 40 mal atrophische Verfärbung der Sehnervenscheibe, meist aber nur unvollkommen und partiell, so dass die inneren Theile der Papille noch etwas röthlich reflektirten und oft war nur partielle atrophische Ablassung der temporalen Opticustheile nachzuweisen. In 3 Fällen sah U. ausgesprochene, völlige Atrophie, bei denen nur in dem einen Falle schnelle Erblindung eintrat. Aber diese ist bei multipler Sclerose im Gegensatz zu der Tabes extrem selten. Oft bestand die atrophische Verfärbung einseitig, häufig auch ohne Sehstörung. Der ophthalmoskopische Befund der Sehnerventrophie ist bei Tabes ($18\frac{0}{100}$) erheblich seltener als bei multipler Sclerose ($40\frac{0}{100}$). Sekundäre, absteigende Atrophie der Papille bei weiter retrobulbär gelegenen Herden ist bei der disseminirten Sclerose sehr selten.

In 24 Fällen wurden von U. genaue perimetrische Messungen vorgenommen. Das centrale, meist relative Scotom (14 mal) herrschte in dem Gegensatz zu dem Befunde bei Tabes vor. Seltener, 6 mal, zeigte sich peripherische Gesichtsfeldeinschränkung und dann nur in einer oder mehreren Richtungen; nur einmal fand sich ganz regelmässige, concentrische Einengung wie bei Hysterie und bot der Pat. auch sonstige psychische Anomalien dar; es fehlten ferner anatomische Opticusveränderungen. Der Beginn der Sehstörung ist häufig plötzlich; sie bessert sich sehr oft, geht auch zuweilen völlig zurück. Erblindung tritt so gut wie nie ein. Sehstörungsschwankungen coincidiren gelegentlich genau mit den Besserungen und Verschlechterungen des Allgemeinbefindens. Das ist bemerkenswerth, da doch die Sehstörungen und die übrigen Erscheinungen durch ganz verschieden lokalisirte Veränderungen bedingt sein müssen. (Votr. demonstrirt Präparate und Zeichnungen.)

Re m a k weist auf den grossen Werth der Untersuchungen des Votr. für die differentielle Diagnostik der oft nicht leicht erkennbaren multiplen Sclerose gegenüber hysterischen Affektionen hin.

III. Referate und Kritiken.

271) **W. Roschansky** (Kasan): Ueber das Vorhandensein reflectorischer Vasomotorencentra in den Ganglien des sympathischen Nervensystems. (Centralblatt für die med. Wissensch. 1889. 10.)

1. Die Durchschneidung des Halsmarks bei curarisirten Katzen hebt die durch Reizung des Centralendes des Splanchnicus major hervorgerufene reflectorische Druckerhöhung in den Arterien nicht auf, sondern setzt diesen Effect nur herab. Die sensiblen Fasern des Splanchnicus sind also im Stande nicht nur das in der Oblongata gelegene allgemeine Vasomotorencentrum, sondern auch die demselben unterworfenen localen Vasomotorencentra zu erregen. Es fragt sich nur, wo diese Centra liegen, ob im R.-M., oder in den Ganglien des Sympathicus.

2. Vollständige Entfernung des Rückenmarks unter der Durchschneidungsstelle hebt die vasomotorische Reflexwirkung Seitens des Splanchnicus nicht auf, sondern schwächt dieselbe nur ab. Der Splanchnicus ist also befähigt die im Rückenmark gelegenen Vasomotorencentra reflectorisch zu erregen und in dem sympathischen System vasomotorische Reflexe auszulösen.

3. Die Durchschneidung des Brustgrenzstranges des Sympathicus zwischen dem 9. und 10. Ganglion hebt bei stattgehabter Entfernung des R.-M. den vasomotorischen Reflex Seitens des gleichnamigen Splanchnicus auf. Die reflectorischen Vasomotorencentra des sympathischen Systems scheinen also in den Ganglien des Brustgrenzstranges gelegen zu sein.

4. Die Durchschneidung des sympathischen Grenzstranges unterhalb der Abgangsstelle des Splanchnicus major, nebst Durchschneidung des Splanchnicus minor, setzen die durch Reizung des centralen Endes des Splanchnicus major, bei totaler Entfernung des R.-M. hervorgerufene reflectorische Blutdruckerhöhung ganz beträchtlich herab. Dieser Umstand macht es sehr wahrscheinlich, dass die Mehrzahl der Vasomotoren, welche an den vom Splanchn. major ausgelösten Reflexen Theil nehmen, aus dem Brusttheile des Grenzstranges in die Bauchhöhle sich begeben.

R.

272) **G Rudolphson** (Prenzlau): Zur Kenntniss und klinischen Bedeutung der idiomuskulären Wulstbildung. (Arch. f. Psych. XX. 2. p. 473.)

An 300 Personen „ohne irgendwelche Ausnahme“ der inneren Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses wurde der Musculus pectoralis percutirt, an mageren Personen mit der Fingerspitze, nur wo starker Panniculus war mit dem Percussionshammer. Es wurde 155 mal Wulstbildung hervorgerufen bei 66⁰/₁₀₀ Männer, 34⁰/₁₀₀ Frauen, 35⁰/₁₀₀ Kinder. Von 59 Phthisikern war 50 mal das Phänomne vorhanden, dann kamen der Häufigkeit nach: Bleivergiftung, Carcinose, Abdominaltyphus, Erysipel, Pneumonie, Herzfehler und einfache Digestionsstörungen. Bei 109 Personen „mager bis unter Mittel“ entstand

Wulstbildung. Entgegen der noch jüngst geäußerten Meinung von Ziemssen: dass Magerkeit das prädisponierende Moment für das Zustandekommen des Phänomens bilde, nimmt Verf. nach sorgfältiger Durchmusterung und Vergleichung der Literatur-Ergebnisse an: dass die wesentlichste Vorbedingung die *trübe Schwellung der Muskelfasern* sei, wie sie von Litten besonders bei Fieberkranken nachgewiesen wurde. Natürlich magern chronische Fieberkranke meistens ab, und demgemäss ist der Prozentsatz der positiven Versuchspersonen unter den magern Individuen so hoch. Bei (fieberlosen) altersmarantischen Personen versagte das Experiment. Durchweg zeigte sich Neigung zur Wulstbildung bei in der Entwicklung begriffenen Individuen. Um eine positive Wirkung bei erwachsenen gesunden Personen zu erzeugen, musste der Schlag sehr kräftig sein. Verf. meint, dass im Augenblicke des Trauma's ein der „trüben Schwellung“ ähnlicher Process hervorgerufen werde. — Betreffs der Literatur, betreffs vieler interessanter Einzelheiten und practischer Schlussfolgerungen sei auf die Originalarbeit verwiesen.

Langreuter.

273) A. Pick: Kritischer Beitrag zur Lehre von der Localisation in der Grosshirnrinde. (Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. X. 1889.)

Der von dem Verf. mitgetheilte und kritisch besprochene Fall ist von principieller Bedeutung für die Lehre von der Gehirnlocalisation. Er weist auf die Nothwendigkeit hin, bei Herdsymptomen die post-mortem-Untersuchung immer mikroskopisch auszuführen und warnt davor den makroskopischen Befund allein als ausreichend gelten zu lassen. Es handelte sich klinisch um linksseitige Symptome die auf einen Herd in der rechten motor. Zone bezogen werden müssen; bei der Autopsie wurde makroskopisch im Gehirn nichts gefunden und es hätte also der Fall als ein Beweis gegen die Lehre von der Gehirnlocalisation aufgefasst werden können. Im Rückenmark fand sich aber secundäre Degeneration der zugehörigen Pyramidenbahn, woraus Verf. folgert, dass im Beginn der Pyramidenbahn, also in der Rinde der motor. Zone, oder in den von denselben ausgehenden Markstrahlungen eine der makroscop. Untersuchung nicht zugängliche Veränderung vorhanden gewesen sein müsse, welche die klinischen Symptome hervorgerufen habe. Verf. wendet sich dann gegen Exner, der bekanntlich in seiner Bearbeitung der Rindenfelder die Fälle mit sec. Degeneration principiell ausgeschlossen hat, und weist das Unzulässige dieses Principes nach; der Fall des Verf. würde — „wenn das R.-M. nicht untersucht worden wäre, die schönste Fälschung der Statistik veranlasst haben“.

Der Fall steht nicht vereinzelt. Auch Siemerling hat früher ein Fall veröffentlicht, in dem die mikroskop. Untersuchung in den makroskopisch als intact erschienenen Rinden- und Markabschnitten zahlreiche kleine, durch Körnchenzellen markirte Erweichungsherde erkennen liess, die als die Ursache der durch den makroscop. Herd nicht erklärbaren Hemiplegie angesehen werden musste. (Arch. f. Psych. XVIII. 3.)

Erlenmeyer.

274) **W. Rath** (Göttingen): Beitrag zur Symptomenlehre der Geschwülste der Hypophysis cerebri.

(Arch. f. Ophth. XXXIV. Abth. 4. S. 81—130.)

Verfasser hat in seiner Inaug.-Diss. (Göttingen 1888) 38, zum Theil noch der voropthalmoskopischen Zeit angehörige Fälle von Geschwülsten der Hypophysisgegend aus der Literatur zusammengestellt und fügt denselben zwei neue Beobachtungen aus der Leber'schen Klinik bei. Auf Grund dieser 40 Fälle kommt er zu folgenden Resultaten.

1) Es ist bis jetzt nichts bekannt, was auf irgend eine Function der Hypophysis cerebri hindeutet.

2) Erkrankungen, insbesondere Neubildungen dieses Organs ruhen falls sie nicht über dessen Grenzen hinausgehen, überhaupt keine Symptome hervor und sind deshalb nicht diagnosticirbar.

3) Erreichen die Neubildungen grössere Dimensionen, so nehmen sie nicht mehr die Hypophysis allein, sondern die Gegend der Hypophysis ein und sollten dann auch nur als Tumoren der Hypophysisgegend bezeichnet werden.

4) An Tumoren der Hypophysisgegend muss man bei folgendem Symptomencomplex denken: Schmerzen in der Stirn- und Schläfengegend, welche in die Augenhöhlen ausstrahlen; frühzeitiges Befallenwerden beider Augen, oft nacheinander, und zwar in der Form einer Amblyopie mit temporaler Hemianopsie und anfänglichem negativen ophthalmoskopischen Befund, während sich in späteren Stadien eine einfache Sehnervenatrophie entwickelt. Daneben Augenmuskellähmungen (Strabismus paralyticus), Schlafsucht, Schwäche in den Beinen. Unterstützend wirkt noch in vielen Fällen das Fehlen von ausgesprochenen Störungen im Bereich der Sensibilität und Motilität und mitunter eine eigenthümliche Form von Demenz oder das gleichzeitige Bestehen eines Diabetes mellitus oder insipidus.

Heddaeus.

275) **F. Batemann** (Norwich): La surdit  et la c c te verbale.

(Worttaubheit und Wortblindheit.) (Arch. de neurologie. März. 1889.)

Verf. giebt eine Uebersicht über den derzeitigen Standpunkt der Lehre von der Worttaubheit und der Wortblindheit, ohne selbst neue Beobachtungen beizubringen. Er schildert die klinischen Krankheitsbilder unter Herbeiziehung eines von Giraud  au 1882 berichteten reinen Falles von Worttaubheit und eines von Charcot beschriebenen Falles von Wortblindheit. Was den Sitz beider Erkrankungen angeht, so hebt er hervor, dass derselbe nach allen Sectionsbefunden für die Worttaubheit in der ersten Schläfenwindung zu suchen sei; die entgegenstehenden experimentellen Resultate von Schäfer und Sanger Brown bei Affen erklärt er mit Bastian als minder bedeutend den durch klinisch-pathologische Beobachtungen gewonnenen Resultaten gegenüber.

Die Wortblindheit wird von der Mehrzahl der Beobachter auf eine Erkrankung des Vordertheils des Hinterhauptlappens zurückgeführt;

bemerkenswerth erscheint, dass in 2 angeführten Beispielen jedesmal zugleich eine Hemianopsie vorhanden war. Bekannt sind die ausserordentlich abweichenden Resultate der Physiologen über die Localisation des Gesichtssinnes. Verf. glaubt, dass die Lokalisationsfrage nur mit Sicherheit zu lösen ist durch genaue klinische und pathologisch-anatomische Krankenuntersuchungen. Strausheid.

276) W. Tyrrell Brooks (Oxford): Notes on a case of cerebral abscess. (Bemerkungen zu einem Fall von Hirnabscess.)

(The Lancet. 2. Febr. 1889.)

Idiopathische Abscesse des Gehirns sind bekanntlich eine grosse Seltenheit.

In dem vorstehenden Falle konnte keine andere Ursache als eine heftige Entzündung der rechten Lunge, auf welche nach einigen Tagen cerebrale Erscheinungen folgten, ermittelt werden. Patient hatte aber vor 3 Jahren schon einmal eine Pneumonie gehabt und es fragt sich, ob diese oder jene den Abscess determinirt hat.

Für das Zustandekommen desselben durch die erste Pneumonie spricht, dass dieselbe sich mit Delirium tremens complicirte und in ihrem Verlaufe ein Abscess des Oberschenkels sich entwickelte.

Indess wird diese Annahme dadurch zweifelhaft, dass der Abscess nicht eingekapselt war, und dass der Kranke nach Ablauf der ersten Pneumonie bis zum Eintritt der zweiten so gesund geblieben ist, dass er seinen Geschäften nachgehen konnte.

Doch lässt sich hiergegen einwenden, dass unter solchen Umständen lange Latenzperioden, die auch Gowers zugiebt, vorzukommen pflegen.

So beschreibt Hilton Fagge einen derartigen Fall, bei dem sich, als Folgen von Pyaemie, erst nach Verlauf eines Jahres cerebrale Erscheinungen bemerkbar machten. Pauli.

277) Th. Dillmann (Berlin): Ueber tabische Augensymptome und ihre diagnostische Bedeutung. (Inaug.-Diss. Leipzig 1889.)

Vom October 1885 bis Oct. 1888 kamen in der Schöler'schen Augenklinik in Berlin bei einem Material von 15000 Kranken 100 Tabeskranken, 67 Männer, 33 Weiber, zur Beobachtung. Alle waren über 28 J. alt bis auf einen 19 jährigen Mann, bei dem Lues congenita vermuthet wird. Es wird von neuem aufmerksam gemacht auf die hohe diagnostische Bedeutung der drei Cardinalsymptome von Seiten des Auges: reflectorische Pupillenstarre, Augenmuskellähmungen und Sehnervenatrophie, insbesondere wenn dieselben in Verbindung mit einander oder mit mangelndem Patellarreflex auftreten.

„Ref. Pupillenstarre überhaupt“ war 76 mal (76%) vorhanden, darunter (?) waren 24 Fälle von absoluter Starre. Weitere 8 Patienten „konnten wegen mangelnden Lichtscheins einer Prüfung (der Pupillarreaction) überhaupt nicht unterzogen werden“. (? Ref.) Wie oft die refl. Starre von Sehstörungen begleitet war, erfahren wir leider nicht.

Unter den 100 Tabesfällen waren Augenmuskellähmungen 41 mal, Sehnervenatrophie 42 mal verzeichnet. Syphilis war, soweit Angaben darüber vorhanden waren, in 54⁰/_c, bei freigebigerer Rechnung in 68⁰/_o der Fälle der Erkrankung an Tabes vorausgegangen. Augenmuskellähmungen kamen ebenso oft bei nicht Inficirten als bei Inficirten vor. Weitere statistische und vergleichend-statistische Angaben mögen von Interessenten in dem — unter Leitung Uhthoff's entstandenen — Original nachgelesen werden. Heddaeus.

278) **J. Dejerine et P. Sollier** (Paris): Nouvelles recherches sur le tabes périphérique. (Ataxie locomotrice par névrites périphériques.) (Archives de méd. expérimentale 2. 1889.)

Bei einem erblich belasteten Manne, der im 22. Lebensjahre Syphilis acquirirte, entwickelte sich im 39. Jahre eine beträchtliche Ataxie der unteren Extremitäten zugleich mit blitzartigen Schmerzen ebendasselbst. Die Sensibilität war in allen Arten stark herabgesetzt. Eine besondere Atrophie war nicht vorhanden, auch war die motorische Kraft der Beine eine gute. Der Gang hielt die Mitte zwischen dem saccadirtten der Tabiker und dem taumelnden der mit Kleinhirnerkrankungen Behafteten. Dieselben Störungen waren in geringem Grade an den oberen Extremitäten vorhanden. Beide Pupillen waren etwas myotisch, zeigten einen langsamen Lichtreflex, keinen Accomodationsreflex. Das Kniephänomen war immer deutlich vorhanden, ja vielleicht etwas gesteigert. Pat. starb im 54. Lebensjahre an Phthise, 15 Jahre nach Beginn seiner Erkrankung. Da Pat. das typische Bild einer Tabes darbot, mit einziger Ausnahme der Erhaltung des Kniephänomens so nahmen Verf. eine Sklerose der Hinterstränge an, verbunden mit einer leichten Affection der Seitenstränge, welche letztere das Kniephänomen erklären sollte. Wegen Mangels aller motorischen Erscheinungen wurde Neuritis ausgeschlossen. Bei der Autopsie fand man: Gehirn und Rückenmark gesund; die Hautnerven der unteren Extremitäten stark degenerirt, doch schon wieder zur Regeneration neigend, jedenfalls ohne frisch degenerirte Fasern. Die Muskelnerven waren nur in geringem Grade afficirt. Die Degeneration der Hautnerven nahm nach der Wurzel der Extremitäten zu beträchtlich ab und verschwand in den Nervenstämmen. Die Hautnerven der oberen Extremitäten waren nur in geringem Grade degenerirt.

Es handelt sich also in unserem Falle um eine periphere Neuritis der sensiblen Nerven, die intra vitam genau das Bild der Tabes dorsalis darbot. Die sehr schwache Betheiligung der Muskelnerven erklärt das Fehlen von Lähmungen und das Vorhandensein des Kniephänomens. Es erhellt aus unserem Falle die Wichtigkeit der Betheiligung der sensiblen Nerven für Hervorrufung der Ataxie. Interessant ist ferner die Länge der Dauer der beschriebenen Krankheit, da die bisher beschriebenen Fälle alle einen subacuten Verlauf hatten. Der anatomische Befund regenerirter Fasern zeigt, dass die Krankheit wohl wieder geheilt wäre, wenn Pat. nicht einer intercurrenten

Krankheit erlegen wäre. Die Frage nach der Aetiologie glauben die Verf. im beschriebenen Falle offen lassen zu müssen.

Strauscheid.

279) **Joffroy et Ch. Achard** (Paris): Névrite périphérique d'origine vasculaire. (Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique. 2. 1889.)

Bei einer 63 jährigen Frau traten sehr heftige Schmerzen in allen 4 Extremitäten auf, ohne dass sich dabei Schwellung, Röthung oder Deformation der kleinen Gelenke zeigte. Die Schmerzen traten anfallsweise auf, besonders Nachts. Allmählig entwickelte sich nun in den Gliedern eine Parese mit Muskelatrophie. 9 Monate nach Beginn des Leidens wurde Pat. von einer Apoplexie mit rechtseitiger Hemiplegie betroffen und starb 8 Tage nechher an einer Pneumonie. Die Apoplexie hatte auf den Verlauf des peripheren Leidens keinen Einfluss. Die elektrische Untersuchung der atrophischen Muskeln zeigte theils mehr theils minder stark herabgesetzte Erregbarkeit gegen beide Stromarten keine EAB. Bei der Autopsie fand man im Gehirn nur einen linksseitigen apöplectischen Herd sowie eine Atherose der Arterien, sonst nichts Abnormes. Rückenmark wie vordere Wurzeln waren gesund. Dagegen fand sich in den Extremitätennerven, zumal in den ischiadici eine beträchtliche Degeneration. Dieselbe begann bei letzteren ungefähr in der Mitte der Oberschenkel und nahm nach der Peripherie hin immer mehr zu. Zusammen mit dem Beginn der Nervendegeneration fiel eine Verdickung der Wandung mit Verengerung und selbst völliger Obliteration der in den Nervenstämmen verlaufenden Arterien, also kurz eine Atherose der Nervenarterien. Verf. sehen in letzterer die Ursache der Nervendegeneration und vergleichen diese mit der Encephalomalacie aus demselben Grunde. Sie stehen deshalb auch nicht an, neben der toxischen, infectiösen etc Neuritis eine solche infolge von Gefässstörungen aufzustellen. Selbstverständlich wirkt die Degeneration der Nervenfasern an einem hochgelegenen Orte wie eine Durchtrennung gegenüber den tieferliegenden; es muss sich eine secundäre Degeneration anschliessen; daraus erklärt sich, dass man am distalen Ende unter Umständen relativ gesunde Gefässe neben den degenerirten Gefässen findet. Verf. machen endlich darauf aufmerksam, dass wenn bei der Kranken eine Gangrän aufgetreten wäre, man wohl leicht geneigt gewesen wäre, diese auf die Neuritis zurückzuführen, während man erst bei genauerem Nachforschen gefunden hätte, dass beide auf die Gefässerkrankung zurückzuführen seien.

Strauscheid.

280) **A. Joffroy et Ch. Achard** (Paris): Gangrène cutanée du gros orteil chez un ataxique. Considérations sur le rôle de la névrite périphérique dans l'ataxie. (Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique. 2. 1889.)

Bei einer 45 jährigen Frau zeigte sich eine rasch sich entwickelnde Tabes mit typischen Erscheinungen. Zu gleicher Zeit beobachtete man bei ihr eine langsam fortschreitende Phthisis pulmonum. Drei und ein

halbes Jahr nach Eintritt der *Tabes* starb Pat. an einer *Pneumonie*. Die Füße der Pat. zeigten in charakteristischer Weise die von den Franzosen als *tabischen Klumpfuß* beschriebene Fussdeformation. Der Fuss befand sich in einer forcirten Extension, die Zehen waren stark gebeugt, das Fussgewölbe übermässig ausgehöhlt. Die beträchtliche Biegung der Zehen hatte eine deutliche Dehnung der Haut zumal im Bereiche der Dorsalgegend des Interphalangealgelenkes der grossen Zehe hervorgerufen. Unter diesen Umständen entwickelte sich ohne Trauma und ohne äusseren Druck 3 Tage vor dem Tode der Pat. auf dem Dorsum des Gelenkes der linken grossen Zehe eine Hautgangrän; nach Abstossung der gangränösen Partie lag der Knochen und das Gelenk frei. Bei der Autopsie fand man im Rückenmark die Sklerose der Hinterstränge. Die Muskel der unteren Extremitäten zeigten ebenso wie die dazu gehörigen Nerven verschieden starke Atrophie. Die Dorsalnerven der linken grossen Zehe zeigten nur eine sehr kleine Anzahl degenerirter Fasern; dahingegen waren die Nervenveränderungen bei der zweiten nicht ulcerirten Zehe mindestens ebenso stark und bei der mittleren Zehe konnte man sogar eine weit stärkere Degeneration als bei den übrigen constatiren; nichts destoweniger war sie ganz gesund geblieben.

Verf. knüpfen an diesen Fall einige allgemeine Bemerkungen über die Bedeutung der peripheren Neuritis für Hervorrufung einiger im Verlaufe der *Tabes* beobachteten Phaenome. Sie betonen, dass eine ganze Reihe von *Tabes*-fällen bei der Autopsie keinerlei Störungen der peripheren Nerven erkennen lassen. Und wiederum in anderen Fällen, wo starke Veränderungen vorliegen, fehlen alle trophische Störungen, so dass man während des Lebens gar keine Neuritis vermuthen sollte. So war es auch zum Theil in unserem Falle, wo ja grade an einer scheinbar gesunden Zehe die ausgesprochensten Degenerationen vorhanden waren. Andererseits stehen Verf. nicht an bei Coincidenz von trophischen Störungen und peripherer Neuritis, letzterer eine gewisse Bedeutung zuzuerkennen, aber doch nur sekundärer Natur. Die erste und wichtigste Ursache aller trophischer Störungen, mögen diese nun Haut, Muskeln, Knochen, Gelenke, Nerven u. s. w. betreffen, ist die Rückenmarkserkrankung.

Strausschaid.

281) **Beaven Rake** (Trinidad): Raynaud's disease. (Raynaud'sche Krankheit.) (The Lancet. 9. Febr. 1889.)

R., welcher einen Fall von *Elephantiasis anaesthetica* und die Aehnlichkeit derselben mit der Raynaud'schen Krankheit zu beobachten Gelegenheit hatte, entdeckte bei der Necropsie zahlreiche *Lepra-Bacillen* im Nerv. median. und im cervicalen Theile des Nerv. sympathic.

Hiernach erscheint es entgegen der Annahme Hingston's, welcher die Veränderungen in den Unterschenkeln für das primäre und die periphere Neuritis für das secundäre Leiden zu halten geneigt ist, wahrscheinlich, dass die periphere Neuritis zuerst Circulationsstö-

rungen in den Unterschenkeln und in zweiter Linie Elephantiasis hervorgerufen und dieselben wegen des Ergriffenseins der Fasern des Nerv. sympathic. zu einer anaesthetica gestaltet hat. Pauli.

282) **Lehr** (Wiesbaden): Die Harnstoffausschneidung nach monopolen und dipolaren faradischen Bädern.

(Arch. f. Psych. XX. 2. p. 433.)

Im Anschluss an früher veröffentlichte Versuche stellte Verf. durch Experimente am eigenen Körper fest, dass das dipolare faradische Bad einen weit grösseren Einfluss auf den Gesamtstoffwechsel des Menschen ausübt als das monopolare. Nach 4 Bädern ersterer Art wurde nämlich eine tägliche Harnstoffvermehrung von 5.2 g. erzielt, während durch 8 Bäder der letzteren Gattung eine nennenswerthe procentualische Veränderung nicht entstand. Die übrigen festen Bestandtheile des Harns wurden durch beide Badeformen vermehrt ausgeschieden, ohne dass sich dabei eine merkliche Differenz geltend machte. Diuretisch am hervorragendsten wirkte ebenfalls das dipolare Bad, indem die täglichen Ausscheidungen die Harnmengen während der monopolen Badezeit um 100 Ccm. übertrafen. Von den Versuchen — deren nähere Anordnung in der Originalarbeit beschrieben wird — wurde der Körper durch einleitende Diätregelung in „ein gewisses Stickstoffgleichgewicht“ gebracht. Die Ströme wurden bis zur therapeutisch überhaupt zulässigen Stärke gesteigert. — Bemerkenswerth ist ferner noch, dass das Körpergewicht sich während der Versuche nicht veränderte. Schliesslich fand der Autor, dass der Einfluss des monopolen faradischen Bades auf die Gemeingefühle der Haut — faradocutane Sensibilität und Raumsinn — kein so eingreifendes und allgemeines war, wie derjenige der erstgenannten Bäder. „Es dürfte demnach überhaupt die dipolare (oder tripolare) Badeform den Vorzug verdienen vor der monopolen sowohl als Hautreizendes wie als ein den Gesamtstoffwechsel beförderndes Bad.“

Langrauer.

283) **Edward A. Birch** (Calcutta): The use of indian hemp in the treatment of chronic chloral and chronic opium poisoning. (Der Gebrauch des Indischen Hanfs bei der Behandlung der chronischen Chloral- und chronischen Opium-Intoxication.) (The Lancet. 30. März 1889.)

B. reichte in zwei Fällen, wovon der eine eine chronische Vergiftung mit Chloral und der andere eine solche mit Laudanum betraf, Extr. Cannab. indic. in allmählig steigender Dosis von $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Gran drei Mal täglich innerlich in der Absicht, um die Agrypnie zu bekämpfen.

Zu seinem grossen Erstaunen leistete jedoch diese Droge noch mehr, indem sie nicht allein diesen Zweck erfüllte, sondern auch schon nach 24 Stunden das dringende Verlangen nach Chloral resp. Opium beschwichtigte, den Appetit besserte und nach Verlauf von einigen Wochen völlige Genesung herbeiführte.

Dies würde jedenfalls auch eine Entziehungscur allein schon gethan haben, sicherlich aber nicht so rasch, als unter der gleichzeitigen Anwendung der Cannab. indic. Pauli.

284) **Schütz** (Frankfurt a. M.): 6 Fälle von Alopecia neurotica.

(Münchener med. Wochenschr. 1889 Nro. 8.)

In Folge verschiedener Störungen des Nervensystems bilden sich bald halbseitige bald circumscribte kahle Stellen von unregelmässiger, dreieckiger, landkartenartiger Form, die, nicht scharf begrenzt, allmählich in die noch behaarten Partien übergehen, eine unveränderte Haut hinterlassen und zuweilen ganz bestimmten Nervengebieten genau zu entsprechen scheinen.

Von den ausgefallenen Haaren zeigen viele unter dem Mikroskop die Merkmale der Atrophie oder der Trichorrhexis nodosa.

Die Therapie dieser, wie es scheint, nicht schwer zu heilenden Krankheit besteht neben der Berücksichtigung der constitutionellen Verhältnisse vorzugsweise in der Anwendung der Electricität.

6 mitgetheilte Fälle illustriren die vorstehenden Angaben.

Pauli.

285) **E. Chambard** (Paris): Dermoneurose stéréographique et erythrasma chez un imbécile alcoolique. (Archives de neurologie. Jan. 1889.)

Bei einem imbecillen Trinker beobachtete Verf. ausser einem typischen Erythrasma an der Innenseite der Oberschenkel, in dessen braunen Schüppchen das microsporon minutissimum leicht nachzuweisen war, eine seltene eigenthümliche Hautneurose, die er Stereographie der Haut nennt. Sie besteht darin dass, wenn man die Haut des Pat. mit irgend einem Gegenstand fester oder flüssiger Form in Berührung bringt, jedesmal an der Stelle der Berührung eine typische Quaddel wie bei Urticaria entsteht. Zunächst entsteht an der Stelle eine flüchtige Blässe, dann eine Röthung, die sich in die Breite ausdehnt; in der Mitte der letzteren erhebt sich genau dem Umfang der Berührung entsprechend eine Quaddel, die rasch vollkommen abblasst und erst nach längerer Zeit, etwa 1 Stunde, wieder ganz verschwindet. Man kann auf diese Weise leicht alle möglichen Figuren auf der Haut des Pat. in erhabener Schrift hervorrufen. Chemikalien und Electricität haben keinen besonderen Einfluss auf die Haut; nur der Inductionsstrom ruft ähnliche Erscheinungen wie der mechanische Reiz hervor. Die beschriebene Affection ist von keinerlei Sensibilitätsstörung spec. von keinem Jucken begleitet. Speisen irgend welcher Art vermögen dieselbe nicht hervorzurufen. Aehnliche Fälle sind bis jetzt nur selten, meist bei Hysterischen beschrieben worden. Bei dem beschriebenen Falle war nicht der geringste Anhaltspunkt für Hysterie vorhanden.

Stranischaid.

286) **Casumet** (Bonneval: Un cas d'idiotie avec cachexie pachydermique. (Archives de neurologie Jan. 1889.)

Verf. berichtet über eine 24jährige Idiotin, die alle Zeichen der cachexie pachydermique darbietet. Ihr Vater, wie dessen Geschwister sind Trunkenbolde; 2 Geschwister der Kranken sind als Kinder an somatischen Krankheiten gestorben. Pat. lernte mit 5 Jahren laufen,

mit 7 Jahren sprechen. Jetzt kann sie nicht mehr allein gehen. Die Menstruation fehlt.

Der Kopf ist sehr gross, Gesicht aufgedunsen, ausdruckslos; Lippen dick, cyanotisch, gewulstet. Die sehr grosse Zunge ragt in der Regel vor; die Augen stehen weit auseinander und sind von schwülstigen Lidern bedeckt. Der Körper ist sehr klein, der eines zweijährigen Kindes, das verwachsen und dickbäuchig ist. Ueberall existirt ein Pseudooedem unter der wachsgelben Haut. Der Schädel ist symmetrisch, die vordere Fontanelle noch nicht verknöchert. Die behaarte Kopfhaut ist schmutzig, eczematös; stellenweise Alopecie, Ohren gross, Gesicht unsymmetrisch, breiter als der Schädel; Stirn niedrig, gefurcht; Augenbrauen kaum vorhanden. Nase stumpf, Flügel breit, Athmung schnaubend. Zähne der ersten und zweiten Dentition bestehen neben einander. Hals kurz, myxoedematös. Thyreoidea nicht zu fühlen. Kyphoskoliose der Wirbelsäule. Hernia inguinalis dextra; Hernia umbilicalis geheilt. Prolapsus recti. Extremitäten dick; die Haut der Arme ichthyotisch; Nägel difform. Vulva verkümmert. Brüste fehlen. Stimme rauh, tief. Sprache auf wenig Worte beschränkt. Psychisch Idiotin. Temperatur zeitweise subnormal. Eine Abbildung des auf den Jahrmärkten von der Mutter für Geld gezeigten Kindes illustriert den Fall.

Bourneville fügt in einer kurzen Note hinzu, wie ausserordentlich sich alle bisher beobachteten Fälle dieser Erkrankung gleichen. Insbesondere betont er, dass bei keinem bisher eine Thyreoidea gefühlt werden konnte und dass in den 7 bisher ausgeführten Sectionen (darunter 3 von B. selbst) gleichfalls die *glandula thyreoidea* vollkommen fehlte.

Straussch. id.

287) C. S. Freund (Breslau): Klinische Beiträge zur Kenntniss der generellen Gedächtnisschwäche. (Arch. f. Psych. XX. 2. p. 441.)

Die zwei Fälle von phänomenaler Gedächtnisschwäche sind kurz folgende: I. Eine 52jährige Gewohnheitstrinkerin zeigte Anfang 1887 Symptome von Alkoholtabs. Im Juli desselben Jahres hatte sich eine leichte Remission der speciellen Tabeserscheinungen eingestellt, zugleich aber ein ziemlich stationäres Krankheitsbild einer psychischen Störung entwickelt, welches oberflächlich betrachtet als allgemeiner Schwachsinn imponirte, bei näherer Zerlegung indessen sich lediglich als isolirte Gedächtnisstörung hochgradiger Art erwies. Alle Ereignisse die bei der Frau hinter ihrem 30. Lebensjahre lagen, waren in der Erinnerung wie ausgelöscht, während die früheren Erlebnisse fast in normaler Weise im Gedächtniss fixirt waren. Von Wohnsitz, verschiedenen Uebersiedelungen, Heirath, miterlebten historischen Ereignissen, Verwandten des Ehemannes (etc. alles nach dem 30. Jahre!) — keine Ahnung. Ebenso waren bereits nach ganz kurzer Weile die kleinen Ereignisse der jüngsten Zeit weggewischt, betr. Spitalverhältnisse, Zeitangaben, Umgangspersonen und dgl. — Dabei war die Patientin nicht etwa benommen, sondern zeigte sich im Gespräch klar, redete und handelte logisch.

II. Der zweite Fall betraf eine 65 jährige Potatrix strenua mit vereinzelnden epileptischen Anfällen, welche in einem Deliriumähnlichen Zustande in die Breslauer Klinik gebracht und hier wahrscheinlich von einem apoplectischen Insult heimgesucht wurde. Wenigstens waren Coma, Lähmungserscheinungen, Aphasie etc. vorhanden. Als nach einigen Wochen diese acuten Symptome nachgelassen hatten, bildete sich ein eigenthümliches psychisches Krankheitsbild aus, welches ebenfalls bei fast klarem Sensorium lediglich in einer erstaunlichen Gedächtnisschwäche bestand. Nur die Erinnerung bis zum 20. Lebensjahre ist erhalten, aber auch diese nicht mehr bis in kleine Details. Die Einzelercheinungen waren ganz ähnlich wie in Fall I. Während die reine Apperceptionsfähigkeit bei keiner der Pat. wesentlich gelitten hatte, war bei der zweiten die Gedächtnisschwäche so hochgradig, dass die Kranke insbesondere kurzdauernde complicirte Sinneseindrücke unter der Hand nach wenigen Momenten vergisst. Dabei ist nicht etwa Seelenblindheit vorhanden, Pat. hat Bedeutung und Bezeichnung der von früher her bekannten Gegenstände beibehalten. Weder Sprachverständniss noch spontanes Sprachvermögen haben gelitten. Dagegen treten beim Nachsprechen irgendwie längerer Phrasen sofort die Gedächtnisslücken zu Tage. Ebenso gross ist die Flüchtigkeit musikalischer Eindrücke. — Die bei der zweiten Patientin bestehende interessante *Schreibstörung* bezeichnet Verf. als „*optische amnestische Agraphie*“. Er fasst dieselbe nicht als Ausfallserscheinung auf, sondern glaubt dass es sich um eine functionelle auf die Gedächtnisschwäche zurückzuführende Störung handle: Spontane Schriftstücke, solche nach Dictat und abgeschriebene zeigen eigenthümliche charakteristische Fehler), (Wiederholungen, Auslassungen etc. der Buchstaben und Silben), weil die Kranke das jedesmal gewollte und gewünschte Buchstabenbild momentan vergessen hat: Kürzere Worte werden richtig abgelesen und gezeigt, bei längerer dagegen treten wieder Störungen auf, weil das Gedächtniss vom ersten bis zum letzten Buchstaben nicht reicht. In einem früher von Grashey beschriebenen classischem Falle lag eine ähnliche Störung verbunden mit Aphasie vor, *hier* dagegen handelte es sich um eine *isolirte* amnestische Agraphie. — Zum Schluss betont Verf. noch einmal betreffs seiner Fälle die Abhängigkeit der Störung *allein* von den Gedächtnisdefecten. Langreuter.

288) **Fürstner** (Heidelberg): Ueber Geistesstörungen des Senium.
(Arch. f. Psych. XX. 2. p. 458.)

Der Verf. unternimmt den Versuch in die ausserordentlich verschiedenartigen und wechselnden Krankheitsbilder und Symptomencomplexe der „*senilen Psychosen*“ System zu bringen, indem er dieselben in 3 *Gruppen* scheidet und klinisch (und soweit möglich pathologisch-anatomisch) begrenzt. Weil dabei bis zum 50. Lebensjahr zurückgegangen wird, spielen die sog. functionellen Psychosen natürlich eine verhältnissmässig grosse Rolle. Freilich wird der Gegenstand dadurch etwas complicirt. Vielleicht wäre es in unserer Zeit die mit gutem Recht überall nach anatomischen Unterlagen strebt, gerathener, nur

die Formen als auf „Senium“ beruhend zusammenzufassen, welche direkt durch regressive Gehirnprocesse bedingt sind; sei es Schwund in toto oder nur Faserschwund; finden sich bei der Section solche Vorgänge nicht, nun so war die betr. Geistesstörung eben nach der gewöhnlichen functionell-symptomatischen Eintheilung zu subsumiren. Intra vitam würde dann also für die Beurtheilung des Haupt-Kriterium: die *psychische Schwäche* sein. — Fürstner protestirt dagegen, dass die letzteren *allein* das ausschlaggebende Symptom sein soll und zieht die Grenzen der „senilen“ Psychosen“ etwas weiter, wie aus seiner Eintheilung (s. unten) hervorgeht. Derselben legt er 95 geeignet erscheinende Fälle zu Grunde, die theils in der Heidelberger Klinik theils in der Privatpraxis beobachtet wurden. Ausgeschlossen wurden vor allen Dingen diejenigen Krankheitsfälle, welche lediglich Recidive früherer Störungen darstellten. Die Geschlechter waren nahezu gleich betheiligt, 51 Männer und 44 Frauen. Das Plus, welches die Frauen durch das ätiologische Moment des Climacterium erreichen würden, wird ausgeglichen durch die grössere Neigung der Männer zu organischen Hirnkrankungen (meist Consequenzen von atheromatösen Processen). Eine verhältnissmässig geringe ursächliche Rolle spielte die Heredität — nur bei 20% vorhanden. Ebenfalls von geringer ätiologischer Wichtigkeit waren trübe Lebensschicksale — in Laienkreisen meistens überschätzt.

Was nun die *Formen* der Geistesstörung betrifft, so grenzt Verf. drei Gruppen ab:

I. *Einfache functionelle Psychosen durch mehr oder weniger senile Züge modificirt.* Hier prävalirt die *Melancholie* und zwar fast regelmässig mit hypochondrischen Symptomen complicirt. Der Affect gelangt natürlich weniger zum Ausdruck, die Neigung zu Remissionen ist charakteristisch. Schlaflosigkeit pflegt besonders hartnäckig zu sein, Nahrungsverweigerung wird häufig beobachtet. Die sog. einfache Melancholie ist die häufigste Form, demnächst die agiritirte; und sehr selten die N. stupida. — *Maniakalische* und *hallucinatorische* Störungen sind ebenfalls im Senium häufig. Es entwickeln sich häufig typische Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, besonders auf Gehörstärkungen beruhend, doch kommt es fast nie zur Bildung einer classischen hallucinatorischen Verrücktheit. Verf. hat besonders häufig eine Art hallucinatorische Verworrenheit mit hervorstechenden somatischen Begleiterscheinungen, besonders vasomotorischen und gastrischen, beobachtet. Diese Form hatte meistens eine ziemlich günstige Prognose. *Therapie:* Digitalis, Opium, Alkoholica und Paraldehyd trotz anscheinend vorhandener Intelligenzeinbusse.

II. *Dieselben Formen von functionellen Psychosen verbunden mit intellectuellen Defectzuständen.*

III. *Psychosen die im Senium in Folge palpabler anatomischer Veränderungen des Gehirns auftreten*, für die demnach intra vitam somatische und besonders cerebrale Symptomen charakteristisch sind. Betreffs der wichtigen Frage: ob Dementia paralytica oder senilis, steht Verf. auf dem Standpunct, dass die erstere nach dem 50. Lebens-

jahre recht selten, nach dem 60. so gut wie nie vorkäme. Eine wichtige Thatsache sei für die Differentialdiagnostik, dass eine progr. Paralyse ganz ohne Rückenmarksbetheiligung kaum vorkäme. Das Fehlen von Tangentialfasern im Gehirn komme gelegentlich auch bei Altersdemenz vor.

„Als Dementia senilis (sc. III. Gruppe) bezeichnet man *klinisch* in erster Linie Fälle, bei denen die allmählig fortschreitende Abnahme der Intelligenz das vorwiegendste Symptom ist“. Das Gedächtniss schwindet von „jüngst“ zu „früher“. Besonders wichtig ist auch die Einbusse der ethischen Vorstellungen.

Eine schliessliche statistische Uebersicht der vom Verfasser beobachteten Fälle ergibt in Bezug auf die einzelnen Formen folgende Zahlen:

Melancholia simplex	33
Melancholia agitata	18
Melancholia stupida	3
Manie	9
Verworrenheit	11
Verrücktheit in mehr oder weniger abortiver Form . . .	7
Dementia senilis	5
Demenzzustände auf der Basis organischer Hirnveränderungen	9

Langreuter.

289) **H. Schlöss** (Wien): Ueber die Lehre vom moralischen Irrsinn. (Jahrbücher für Psychiatrie. 8. Band. 3. Heft. 1889.)

Wenn wir die psychiatrische Literatur der letzten Jahre, insofern sie sich auf den moralischen Irrsinn bezieht, überblicken, so müssen wir gestehen, dass es bis heute noch nicht dahin gekommen ist, eine einheitliche Ansicht über das Wesen des moralischen Irrsinns zu schaffen. Während die einen Autoren den Schwachsinn, die verminderte Intelligenz als die Grundlage der moral insanity hinstellen, wollen andere, wie Holländer, Savage nur von einer Störung der moralischen Gefühle bei durchaus intacter Intelligenz sprechen; eine dritte Gruppe von Psychiatern endlich suchen zwar den Defect vorzugsweise auf ethischem Gebiete, verfehlen aber dabei nicht die Intaktheit der Intelligenz moralisch Irrsinniger anzuzweifeln.

S., der eine genaue geschichtliche Darstellung der Entwicklung der Lehre vom moralischen Irrsinn giebt, glaubt nun durch 10 prägnante Krankengeschichten von Männern, welche an „moralischem Irresein“ litten, nachweisen zu können, dass nicht nur in allen Fällen ein mehr oder weniger ausgesprochener Schwachsinn vorkommt, sondern dass auch der Schwachsinn die Basis ist, auf der die übrigen Symptome fassen, dass die intellektuelle Idiotie das Wesen des moralischen Irrsinns ist, auf welche die sittliche Idiotie zurückgeführt werden muss. Wenn verschiedene Autoren nach Prichard eine Depravation des Gemüthszustandes bei geistiger Integrität annahmen, so übersahen sie, dass alle Gefühle und Begierden ja auf Vorstellungen beruhen, dass nur, wo geistige Integrität, Intaktheit des Vorstellens vorhanden ist,

Integrität der Gefühle und Begierden, die Intactheit des Gemüthes, vorhanden sein kann, und umgekehrt. Der Schwachsinn der moralisch Irrsinnigen ist allerdings nicht immer ein in die Augen springender, da er sehr verschieden stark ausgesprochen sein kann; auch bei geistiger Defectuosität sind Vorstellungen vorhanden, sie sind jedoch abnorm, und wenn sie zu Schlüssen verarbeitet werden, so geht aus diesen Schlüssen der Defect des Vorstellungsvermögens hervor. Auf der Basis der falschen Schlüsse entstehen jene Gefühlsanomalien, jene Persersitäten, die den Kranken ins Irrenhaus führen.

Bekanntlich kommen im Anfangsstadium oder im Verlaufe der Paralyse, des Alcoholismus, der Epilepsie, der senilen Demenz etc. Symptome vor, welche dem unter dem Namen moralischer Irrsinn zusammengefassten Symptomencomplex entsprechen. Alle derartige Kranke leiden an einer krankhaften Reizbarkeit und intellectueller Schwäche — eben dasselbe gilt von den moralisch Irrsinnigen. Aber während dort die Psychosen bei ihrem Namen genannt werden, ist hier ein Name geschaffen, der nur die Symptome, nicht das Wesen der Krankheit würdigt. Es wäre am besten den unglücklichen Ausdruck fallen zu lassen und den moralischen Irrsinn als das anzusprechen, was er ist — als Blödsinn.

S t r a u s c h e i d.

290) **Macpherson** (Edinburgh): On the dissolution of the functions of the nervous system in insanity, with a suggestion for a new basis of classification. (Die Functionen des Nervensystems bei Geisteskrankheiten sowie ein Vorschlag zu einer neuen Grundlage einer Classification.)

(American Journal of insanity Jan. 89. S. 387.)

Die gesammte Thätigkeit der gesunden Seele lässt sich nach drei Richtungen hin unterscheiden, je nachdem sie der Sphäre des Fühlens, Wollens oder Denkens angehört. Nach demselben Prinzip lassen sich auch die psychischen Störungen gruppiren.

Unter diesen sind zunächst zwei grosse Gruppen zu unterscheiden.

1. Entwicklungspsychosen, welche in Idiotie und Imbecillität enden. Von diesen soll nicht weiter die Rede sein.

2. Die Störungen der muthmasslich gesunden Seele.

Alle Formen von Geisteskrankheiten sind negativ, nicht positiv, wie es auf den ersten Blick den Anschein hat. Es ist ein Mangel von Eigenschaften da, welche der gesunden Seele zu eigen sind. Ein Delirant erlangt nicht frische Energie, vielmehr sind die psychischen Centren erschöpft und die niederen, mehr automatisch fungirenden, werden frei von der Controlle und revoltiren. Die höheren Centren können nun vorübergehend energielos werden, wie bei der postepileptischen Manie oder auf dauernd, wie bei der chronischen Manie und Dementia.

Jede Geisteskrankheit beginnt wahrscheinlich mit der Abnahme der Energie des ganzen Nervensystems. Die verschiedenen Formen lassen sich nun darnach unterscheiden, je nachdem erst die eine oder die andere jener drei Sphären afficirt wird.

I. Auflösung des Gefühls.

Bei Melancholie und Manie beginnt die geistige Störung mit einer Affection der Gefühlssphäre.

1. Melancholie. Der cerebrale Schmerz ist abhängig von der Natur des Reizes und vom Zustand der sensorischen Centren. Ein gesunder Geisteszustand überwindet den Einfluss des gewöhnlich temporären Reizes. Haben aber die betreffenden Centren an Vitalität verloren, so werden sie hyperaesthetisch und so werden Sensationen, welche sonst gar nicht gefühlt werden, oder Wollust empfinden lassen, zu einer Quelle des Elends.

Pathologisch besteht wahrscheinlich Anaemie der Nervencentren.

2. Manie. Das organische Gefühl für das normale Wohlbefinden fehlt; es wird zunächst durch Depressionsgefühl ersetzt, welches durch Hyperaesthesia verursacht ist und diesem folgt dann krankhafte Exaltation, bedingt durch Lähmung der betreffenden Centren.

Für das Zustandekommen des letzteren führt Verfasser zwei Wege an. Die Canäle, durch welche die schmerzlichen Sensationen übertragen werden, sind gesperret, während angenehme Sensationen passiren können. Oder auch durch Nichtempfinden schmerzlicher Sensationen wird Gefäßhemmung vermieden und Hyperaemie tritt ein. Endlich können beide Ursachen zusammen wirken.

II. Auflösung der Intelligenz.

Hierher gehört die hallucinatorische Verrücktheit. Eine Functionsstörung im Gebiete der Intelligenz tritt ein, sobald destructive Veränderungen in den Zellen des Sensoriums und den diese mit einander verbindenden Fasern Platz greifen.

Eine Hallucination spricht nicht nur für allgemeine Schwäche der geistigen Functionen, sondern auch für eine locale Zerstörung der höchsten Theile des Organismus. Das Urtheil, welches den Patienten von seinem Irrthum überzeugen sollte, ist beeinträchtigt.

III. Auflösung des Willens.

Eine allgemeine Abnahme der nervösen Energie wird von einer Abnahme des Willens begleitet. Daneben besteht ein Reiz nach Anregung, wie er sich bei der Dipsomanie, Erotomanie, Pyromanie oder Kleptomanie kund thut. Die geschwächte Willenskraft hat über das Verlangen nach einem Stimulans nur eine nominelle Controlle.

Die hierher gehörenden Formen von Geistesstörungen sind solche, wo moralische Defecte und Zwangsvorstellungen vorwiegen. Auch die Demenz ist vornehmlich eine Affection der Willenssphäre.

Auf dieser Basis ist eine neue Classificirung der Geisteskrankheiten aufzubauen.

A scher.

291) Engelhorn (Göppingen): Die gerichtliche Bedeutung des epileptischen Irreseins. Vortrag. (Medicinisches Correspondenz-Blatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins.) (Bd. 59. Nro. 4. 31. 1. 89.)

Die somatische Epilepsie mit ihrem Haut mal und Petit mal findet ihre Analoga in der psychischen Epilepsie, von der folgende Formen unterschieden werden:

A. *Epilepsia psychica gravis* (Haut mal). Nach körperlicher oder psychischer Aura von wechselnder Dauer folgt ein furibund maniakalischer Anfall mit schreckhaften Hallucinationen und tiefer Bewusstseinsstörung, in welcher die grössten Gewaltthaten verübt werden und endet mit tiefem Schlaf oder Stupor. Die Anfangs vorhandene Erinnerung der später Amnesie folgt. erklärt Echeverria mit Fortbestehen des Anfalls. Wichtig für den Gerichtsarzt sind das Impulsive der Handlung und die Amnesie.

B. *Epilepsia psychica mitis* (Petit mal). Anfälle von Verwirrenheit, mit langsamem Verklingen und meist summarischer Erinnerung. Der epileptische Stupor ist eine andere Form des Petit mal.

C. Die epileptoiden Zustände psychischer Störung. Eigenthümliche Traum- und Dämmerzustände, welche nur bei kurzer Dauer erinnert werden und oft gesetzwidriges Handeln, namentlich Sittlichkeitsverbrechen, im Gefolge haben. Auch sie schliessen sich meist an rudimentäre Anfälle an.

D. Die psychische Degeneration der Epileptiker. Derselben verfallen 62 bis 79% der Epileptiker. Sie besteht in überhandnehmender Schwäche der Intelligenz, Gemüthsreizbarkeit, oft impulsivem verbrecherischem Handeln. Die psychische Epilepsie hat die verschiedensten Formen des Irreseins, namentlich hallucinatorische Verrücktheit, im Gefolge. Der gerichtsärztlichen Beurtheilung, die mitunter sehr schwierig ist, werden vorwiegend die Strafthaten solcher Epileptiker unterliegen, die an den leichteren Formen leiden. Die Gewaltthat des Epileptikers im Wuthanfall ist oft der Affecthandlung des geistig Gesunden gleichzusetzen.

Nur psychische Aequivalente oder vorgeschrittene Degeneration schliessen die Zurechnung aus.

Fall eigener Beobachtung: Ein 27 jähriger Fabrikbesitzer ist der Bedrohung angeklagt und behauptet, seit Trauma an Anfällen von Bewusstlosigkeit zu leiden.

Gutachten: W. ist hereditär stark belastet, wenig intelligent, mit Kopfschmerz, Schwindel und Gedächtnisschwäche behaftet, intolerant gegen geistige Getränke. Vor 6 Jahren Anfall hochgradiger Aufregung mit Amnesie, er leidet an petit mal und epilepsia nocturna.

W. ist bleich, schlecht genährt. Beim Sprechen Zucken der Gesichtsmuskeln, rechts stärker, als links; Sprache stotternd W. ist apathisch, willenlos. In der Nacht vom 12. zum 13. S., in der er die Strafthat begeht, Anfall hochgradiger maniakalischer Erregung, in dem er laut bellt und das schlafende Kind aus dem Bett reisst, mit nachfolgender Amnesie.

W. hat demnach die Strafthat in einem Zustande krankhafter Bewusstseinsstörung begangen.

Landsberg.

292) **C. Reinhardt** (Friedrichsberg-Hamburg): Gutachten über den Geisteszustand der unter der Anklage wiederholter Urkundenfälschung einfacher und verleumderischer Beleidigung und groben Unfugs stehenden unverhehlchten Juliane B. aus Hamburg. (Eulenberg's Vierteljahrsschr. f. Ger. Med. N. f. L. 1. u. 2.)

Akten: Vom Ende Okt. 1885 bis Ende Mai 1886 werden mehrere Familien in H. durch anonyme Zuschriften gemeinen und verleumderischen Inhalts belästigt, auch Geschäftsleute durch fingirte Bestellungen geschädigt. Als Thäterin stellt sich schliesslich die Angeschuldete heraus. Die verleumderischen Beleidigungen betreffen meist das sexuelle Gebiet. Sodann machte sich die B. zur Heldin eines fingirten Liebesromans. Den Verdacht sucht sie theils auf den angeblichen Verfasser eines Absagebrietes, Dr. A., theils auf ihre Clubfreundinnen abzuwälzen. Betreffs ihrer Motive macht sie widerspruchsvolle Angaben, gesteht aber zuletzt alles. Sie wird auf Antrag des Vertheidigers zur mehrwöchentlichen Beobachtung der Irrenanstalt übergeben.

Vorleben: Nach den Zeugnissen von Lehrerinnen war die B. lügenhaft und unbegabt. Gegen Mitschülerinnen war sie weich und überschwänglich. Ihre Briefe enthielten oft Erdichtetes. Später äussert sie sich sentimental und pessimistisch. Die B. ist namentlich von mütterlicher Seite stark hereditär belastet. Sie litt an Bettnässen bis zur Pubertät, war zu Fieber und Delir geneigt. Ihr Schlaf war unruhig. Zeitweise kamen Absenzen mit Fallenlassen gehaltener Gegenstände vor. Eigenheiten, motorische Unruhe in den Beinen. Die Menses waren oft mit Migräne und schreckhaften Visionen verbunden. Vor 3 Jahren gastrisch nervöses Fieber, auf das Bleichsucht folgte. Steigerung der nervösen Beschwerden, pessimistische Stimmung. Frühjahr 1886 Anfall von Schwindel auf der Strasse. Die eigenen Angaben der B. über ihr Vorleben schildern schreckhafte Visionen. Die Motive ihres Handelns sind ihr selbst räthselhaft. Sie habe wie im Traume gehandelt und erinnere sich auch nur lückenhaft des Gethanen.

Untersuchung: Die B. ist 26 Jahre alt, stattlich und wohlgenährt. Brust- und Bauch-Organen gesund. Haut und sichtbare Schleimhäute blass. Stirn etwas schmal und vorgewölbt. Scheitel hoch. Hinter dem linken Ohr am Seitenwandbein ca. 3 Cm. lange, 1 Cm. breite und fast 1 Cm. hohe Knochenaufreibung ohne Narbe. Schädelmaasse: Grösster Querdurchmesser 14,5 Cm., grösster Längsdurchmesser 18 Cm., Horizontalumfang 53 Cm., Frontalumfang 34 Cm., Sagittalumfang 31 Cm. Ohr läppchen verlieren sich in der Haut der Umgebung, Haare dünn besonders links, Pupillen gleich weit, gut reagirend. Beim Blick nach oben bleibt der linke Bulbus etwas zurück. Ziemlich starker Exophthalmus. Im linken oberen Augenlid manchmal leichtes Zucken. Harter Gaumen etwas schmal und steil gewölbt. Deutlicher Kropf. Gesichtszüge etwas gedunsen und plump. Ueber beiden Dorsalvenen Sausen. Karotidenpuls sichtbar. Herzaktion verstärkt und beschleunigt. Hände und Füsse kühl und feucht, letztere etwas geschwollen. Harn frei von Eiweiss. Oft Globus-Gefühl und Herzklopfen. Linksseitige Ovarie, Obstipation. Explorativ ist über die Verhältnisse des gewöhnlichen Lebens gut orientirt, hat mittel-

mässige Töcherschul-Kenntnisse, antwortet logisch und klar, aber zögernd, Gedächtniss schwach und lückenhaft, namentlich für die Zeit der Strafthaten. Stimmung etwas deprimirt. Schlaf oft unruhig, verdeckt oft Nachts das Schlüsselloch, weil sie von einem Manne durch dasselbe beobachtet werde. Oft heftige Schmerzen in der linken Schläfengegend, dabei typische Schmerzpunkte an Trigeminszweigen. Manchmal auf der Höhe der Migräne Erbrechen, einmal Erweiterung der linken Pupille. Manchmal Kreuzschmerzen und Kribbeln in den Füssen, deren Sensibilität sich abgestumpft zeigt. Manchmal in der Unterhaltung eigenthümlicher Blick, als ob sie momentan abwesend wäre. Exploratin hatte in der Anstalt 7 Anfälle von Ohnmacht, bez. Schwindel, wobei sie zweimal hinfiel und sich Beulen an der rechten Stirnseite zuzog. Ein Anfall hinterliess starke Anästhesie der Vorderarme und Unterschenkel. Im Allgemeinen war sie freundlich, manchmal mürrisch und hatte feindselige Apperceptionen.

Gutachten: Exploratin ist hereditär stark belastet. Die Krankheit der Familienmitglieder war originär, oder in frühester Jugend entstanden. Die Mutter zeigt körperliche Degenerationszeichen, ist schwachsinnig und hysterisch. Der Vater ist nervös. Exploratin zeigte dementsprechend schon als Kind grosse, reizbare Schwäche des Nervensystems. Auch körperliche Degenerationszeichen sind bei ihr vorhanden. Schon vor der Pupertät besteht ein epileptischer, oder epileptoider Zustand. Nachts scheinen sogar schwerere, epileptische Zufälle aufgetreten zu sein. Diese epileptische Neurose besteht bis zum heutigen Tage und ist komplizirt mit hysterischen Symptomen. Hierzu tritt jahrelange Bleichsucht und Andeutung von morbus Basedowii. Exploratin zeigt schwaches Urtheil und einen sehr leichten Grad von originärem Schwachsinn.

Im Verlaufe der Hystero-Epilepsie kann krankhafte geistige Störung entweder im Anschluss an die Anfälle, oder in den Intervallen, oder statt der Anfälle auftreten, entweder als wirkliche Seelenstörung, oder als krankhafte Störung des Bewusstseins. Für diese Zustände sind das impulsive Handeln, sowie die mehr oder minder vorhandene Amnesie charakteristisch. Beide Merkmale liegen bei der Exploratin vor. Die Amnesie ist nicht simulirt, weil sie auch für entlastende Momente vorhanden ist. Exploratin war demnach zur Zeit der That geistig gestört. Da solche Kranke äusserlich nur eine geringe Veränderung zeigen, so konnte die Störung der Umgebung entgehen. Solche Zustände sind entweder von kurzer Dauer, oder sie dauern Tage, Wochen, ja Monate. Manchmal bewirken auch die sehr kurzen luciden Intervalle den Anschein längerer Dauer. Die Bewusstseinsstörung kann in den verschiedenen Anfällen verschieden intensiv sein. Sie zeigt fast immer genau dieselben Vorstellungen, am häufigsten beängstigende, demnächst religiöse, oder sexuelle, oder ein Gemisch von beiden. Ob sie sich mit Handlungen verbinden, hängt vom Zufalle ab. Am besten lassen sie sich dem Trauma vergleichen.

Schluss-Resumé: 1. Die B. stammt aus einer exquisiten neuropathischen Familie. 2. Sie ist selbst ab ovo neuropathisch und sieht dege-

nerirt aus. 3. Sie leidet seit ihrer Kindheit an Epilepsie und leichtem, originärem Schwachsinn 4. Gegenwärtig macht das Krankheitsbild den Eindruck der Hystero-Epilepsie. 5. Die B. befand sich zur Zeit der incriminirten Handlungen in einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit, welche als epileptische Bewusstseinsstörung aufzufassen ist. Das Verfahren wurde eingestellt. Landsberg.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

I. Verein der Aerzte in Steiermark.

Sitzung am 11. März 1889. (Oesterr. ärztliche Vereinszeitung 1889. Nr. 7.)

293) Prof. **Eppinger** demonstrirte das *Gehirn von einem Manne, der von einem Baume herabgefallen war*, in bewusstlosem Zustande aufgefunden wurde, und bald darnach gestorben war. Bei der gerichtlichen Section dieses Mannes wurden Zertrümmerung der Schädelknochen, — Blutung und Compression des Gehirns und frische Corticalhämorrhagien an den Gyrus beider Schläfelappen gefunden. Daneben ergaben sich aber noch zweierlei Veränderungen, die bemerkenswerth besonders in diesem Falle waren, da es sich um die Frage handelte, ob dieses Individuum, das notorisch an epileptischen Anfällen gelitten hatte, in einem solchen herabgestürzt war. So fanden sich zunächst an dem Riechlappchen und den Schläfelappenspitzen *oberflächliche flächenhafte, rostgelbe Narben, sogen. plaques jaunes*, auf deren Entwicklungsgeschichte der Redner vor nicht langer Zeit hingewiesen hatte. Wenn sie nun auch in diesem Falle Narben nach oberflächlichen, traumatischen Zertrümmerungen der Corticalis, wie das fast gewiss zu sein scheint, bedeuten, so wäre damit erwiesen, dass dieses Individuum eben mehrfache Traumen auf den Schädel erlitten haben mochte durch Auffallen, Anschlagen etc., was ja während epileptischer Insulte möglich erscheint. Dieser Befund konnte somit verwerthet werden als Antwort auf die Frage, ob Epilepsie da war oder nicht, nicht aber ob derselbe in einem epileptischen Anfälle gestürzt war.

In gleicher Weise könnte allenfalls eine zweite Veränderung, die an vorligendem Gehirne gesehen wurde, verwerthet werden: *Ein multiples und vielfach verästeltes Osteom der inneren Hirnhaut* über der oberen und seitlichen (namentlich Schläfen-) Fläche der linken Grosshirnhemisphäre. Es bot sich dar in Form sehr reichlicher, flachliegender, immer längs der Arterien angeordneter, glänzend weisser, fast steinharter, ungewöhnlich verschieden geformter Bildungen (sternförmig, gefässartig verästelt, plaqueartig mit stacheligen Fortsätzen) von sehr verschiedener Grösse, die fast gar nicht über die Oberfläche des Gehirnes sich erheben; — ihrer Farbe und Consistenz wegen aber sofort wahrgenommen werden. Ueber der Spitze der linken ersten Schläfewindung findet sich ein solches Osteom, das wegen seines Umfanges, (Grösse

1,5 Ctm. lang und breit) und dadurch merkbarer wird, dass es auf etwas 2 mmtr. in der Corticalis sich einpflanzt. Bei mikroskopischer Untersuchung bieten diese Osteome ein verschiedenes Aussehen. Zunächst ist ihr Gebundensein an Arterien auffallend; — sie stellen bald wie aus hyalinen starren Ballen zusammengesetzte Gefässmäntel — bald auch einfach kalkige Scheiden — endlich aber auch Bildungen vor, die aus osteoïdem Gewebe (kalkige Grundsubstanz mit Knochenkörperchen gleichen Elemente) bestehen. Da sie fast regelmässig rings um die Gefässchen ziehen, so ist eine Beeinträchtigung der Circulation in der Pia gar nicht unwahrscheinlich, von der, weil sie Arterien betreffen, auch eine Circulationsstörung in der Corticalis abhängig sein dürfte. Bei dem Dunkel oder besser gesagt, bei der Mannigfaltigkeit der Veränderungen im Gehirn und seinen Häuten, die man bei Epileptikern findet, könnte vielleicht eine solche multiple Osteombildung als ätiologisches Moment für Epilepsie auch in Betracht gezogen werden.

Sitzung vom 26. März 1888.

294) v. Jaksch demonstriert einen Fall von *multipler inselförmiger Sklerose* bei einem sechsjährigen Kinde. Der Fall ist characterisirt durch typisches Intentionszittern, beginnende Atrophie der Papillen beiderseits, hochgradige Ataxie mit enormer Steigerung der Patellar- und Plantarreflexe. Er besprach an der Hand dieses Falles die Symptomatologie der in Rede stehenden Krankheit und machte darauf aufmerksam, dass das Vorkommen der multiplen inselförmigen Sklerose im Kindesalter zu den grössten Seltenheiten zählt, indem bis jetzt circa 19 Fälle bekannt sind; nur in einem Falle liegt auch eine Section vor.

Im Anschlusse an diese Erkrankung des Gehirns und Rückenmarks demonstriert er an einem siebenjährigen Kinde einen Fall von Lähmung der oberen und unteren Extremitäten, sowie des Mundfacialis, bei normalem electrischen Verhalten. Die anamnesticchen Daten ergaben einen acuten Beginn des Leidens unter Fieber. Im Anschluss an diesen Fall berichtet der Vortragende, dass er in der letzten Zeit noch vier analoge Fälle auf der Klinik gehabt, welche alle den Beginn unter Fieber gemeinsam hatten. In drei Fällen handelte es sich um Hemiplegie, in einem um Monoplegie, in einem dritten um eine Hemiplegie mit Sprachstörungen, motorischer Aphasie. Er fasst alle diese Fälle unter dem Namen Encephalitis zusammen und weist darauf hin, dass bezüglich des Sitzes der Erkrankung man eine Affection der motorischen Partien der Rinde mit dem darunter liegenden Marke anzunehmen hat. Er spricht ferner bezüglich der Aetiologie dieser Krankheit, welche ja mit den bekannten Bildern der Encephalitis infantum vollständig in Einklang steht, von anderen Autoren Hemiplegia spastica, von Strümpel Polioencephalitis infantum genannt wurde, dass es sich da um eine acute Erkrankung durch ein uns vorläufig unbekanntes infectiöses Agens handelt.

II. Verein der Aerzte Kärntens.

Sitzung vom 4. März 1889. (Oesterr. ärztliche Vereinszeitung 1889. Nro. 7.)

295) **Purtscher** demonstriert zwei Fälle von *Lähmungen mit centralem Sitze*.

Der erste Fall zeigte nach Hemiplegie, Schwindel und Doppeltsehen. Bei der Demonstration erweist sich die Binnenmuskulatur des Auges intact, die Linksbewegung unmöglich, Rechtsbeweglichkeit und Bewegung nach oben wesentlich beschränkt, linksseitige Facialislähmung, das Convergenzvermögen aber erhalten. Es liegt also zweifellos ein centraler Process mit Betheiligung mehrerer Hirnnerven vor; eine Basilaraffection ist der theilweise functionirenden Oculomotoriusäste wegen auszuschliessen, der Sitz der Erkrankung in den Oculomotoriuskernen und den benachbarten Kernen des Facialis und Abducens zu suchen, mit welcher Ansicht auch eine früher bestandene Parese der motorischen Portion des linken Quintus in Einklang zu bringen ist.

Ein vollkommen verschiedenes Bild zeigt der zweite, hochgradig vernachlässigte Fall, bei dem ein xerotisches Leukom in der Lidspalte links, Irisverwachsung, Katarrh und Lähmung des oberen Facialisastes besteht, rechts complete Facialislähmung und consecutive eitrige Randkeratitis nach unten. Diese hervorstechenden Erscheinungen beeinflussten auch die erste Therapie, welche sich mit Entleerung des Hypopyon beschäftigte, wobei ein Irisprolaps abgetragen werden musste.

Die Beweglichkeit nach links oben und unten ist beschränkt, ausser Hyperästhesie des rechten Quintus und Unmöglichkeit, links zu kauen, keine andere Hirnnervensymptome. Zweifellos ist auch dies ein centraler Process nach Hemiplegie, die rechtsseitige Facialislähmung soll über Nacht entstanden sein ohne andere Symptome.

III. Società medico chirurgica di Bologna.

Sitzung vom 22. März 1889. (Gazetta degli ospitali. Nro. 29. 1889.)

296) **Lussana** und **Gallerini** (Padua) sprechen über die *Pathogenese der Epilepsie*. Die Verf. benutzten die Wirkung des Cinchonidin, epileptische Anfälle hervorzurufen, um über deren Lokalisation Anschluss zu bekommen. Sie fanden, dass wenn man bei Thieren die motorischen Regionen abgetragen hat, zunächst wie schon frühere Beobachter sahen, bei Cinchonidin-Vergiftung keine Anfälle mehr auftraten, dagegen nach einiger Zeit, wenn der reizende Einfluss des operativen Traumas vorbei war, wieder erschienen. Verf. sehen dadurch den Beweis erbracht, dass ausser der Hirnrinde auch dem Mittelhirn und der Medulla oblongata die Fähigkeit, epileptische Anfälle hervorzurufen, zukommt.

297) **Bendandi** und **Boschi** berichten über einen Fall von *essentieller Epilepsie, der durch Trepanation geheilt wurde*. Ein erblich nicht belasteter Mann wurde als Kind von einem Steinwurf an dem Hinterkopf getroffen; doch hatte dieser keine Folgen. Erst mit 18 Jahren traten epileptische Anfälle auf, die im ersten Jahre ca. 1—2 mal monatlich auftraten, dann seltener wurden, und ungefähr 10 Jahre

lang nur 3 oder 4 mal jährlich erschienen. Im Jahre 1888 aber wurden sie wieder ausserordentlich häufig und kamen bis zu zweimal täglich vor. Pat. hatte dabei eine rechtsseitige Hemiparese mit Contractur der Beuger des rechten Armes und Spasmen in der rechten Gesichtshälfte. (Ob auch die Anfälle wesentlich auf die rechte Seite beschränkt waren, ist nicht gesagt. Ref.) Verf. nahmen eine Rindenerkrankung der linken Centralwindung an und trepanirten an dieser Stelle. Bei Eröffnung der unveränderten Dura floss ungefähr ein Esslöffel von Cerebrospinalflüssigkeit ab. Die nun freiliegenden Windungen erschienen wie durch Compression abgeplattet und abnorm weich. Um den Zustand des darunterliegenden Gewebes zu erforschen, machte der Operateur einen 3 Ctm. tiefen Schnitt in die Gehirns substanz, konnte aber nichts finden. Es handelte sich also um ein auf die freigelegte Partie beschränktes Oedem. Die Wunde wurde geschlossen und die Heilung verlief glatt. In den ersten 20 Tagen nach der Operation nahm die Hemiparese zu, nach dieser Zeit trat eine rasche, andauernde Besserung ein, so dass Pat. jetzt 2 Monate nach der Operation wieder schreiben kann, was früher unmöglich war, und auch sonst die rechte Seite wieder gut benutzen kann. Epileptische Anfälle sind in den 2 Monaten nach der Operation nicht mehr vorgekommen. Verf. glauben, dass selbst für den Fall, dass später doch wieder Anfälle auftreten sollten, die Ruhepause, während welcher sich das Nervensystem des Kranken wieder erholen kann, schon einen Vortheil bietet, der inneren Kuren nicht immer nachzuräumen ist.

Stranscheid.

V. Bücher - Anzeigen.

- Aachen als Kurort.** Beab. von Dr. Dr. Alexander, Beissel, Brandis, Goldstein, Mayer, Rademaker, Schumacher, Thissen. Aachen, Mayer's Verlag. 338 Seiten.
- Boose C.** Beiträge zur Diagnostik der Gehirntumoren. Haustein's Verlag Bonn. M. 1.—.
- Haller v. Hallerstein, S. Freiherr.** Drei Fälle von Luftdrucklähmung. Verlag Lipsius & Tischer, Kiel. M. 1.—.
- Hammond, W.,** Sexuelle Impotenz beim männlichen und weiblichen Geschlechte Deutsch v. Salinger. gr. 8. Berlin, H. Steinitz' Verl. M. 5.—.
- Hartmann A.** Beitrag zur Lehre von der Aphasie. Verlag Lipsius & Tischer, Kiel. M. 1.—.
- Haslam J.** Erklärungen der Tollheit, welche einen eigenthümlichen Fall von Wahnsinn und einen nicht minder merkwürdigen Unterschied in der ärztlichen Begutachtung vorführen. Uebers. von F. Wollny. Verlag O. Wiegand, Leipzig. M. 1.20.
- Hochhaus H.** Ein Beitrag zur Kenntniss der Meningitis spinalis chronica. Verlag Lipsius & Tischer, Kiel. M. 1.60.
- Wilhelm.** Die nervösen Krampfformen (Epilepsie, Hystero-Epilepsie). gr. 8. Wien, Braumüller. M. 1.50.
- Jahresbericht.** 19., des Landes-Medic.-Koll. üb. das Medicinal-Wesen im K. Sachsen a. d. J. 1887. M. 3 Taf. Lex.-8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 4.—.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhstrasse 28)

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark.
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. Juni 1889.

Nro. 11.

Inhalt.

- I. Originalen.** Zur Theorie der Hypnose und der Hysterie. Von Dr. H. Kurella.
III. Arzt in Allenberg, Ostpreussen.
II. Wirbelweh, eine neue Form von Gastralgie. Von Dr. Max Buch in Willmans-
strand, Finnland.
- II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.**
 1. XIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte
in Baden-Baden am 25 und 26. Mai d. J.
Goltz: Der Hund ohne Grosshirn.
Schwalbe: Ueber das Darwin'sche Spitzvohr.
Fürstner: Ueber Muskelveränderungen bei einfachen Psychosen.
Rumpf: Sensibilitätsstörungen und Ataxie.
 2. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten Von Dr. König
in Dalldorf.
Oppenheim: Ein Fall von Tumor der motorischen Zone.
Siemerling: Ueber ein Fall von Alcoholneuritis mit Myositis.
Erlenburg: Atrophie des rechten Cerebellaris.
Kronthal: Demonstration von Präparaten eines Falles von traumatischer Neurose.
(Autorreferat.)
Bernhardt: Ueber die Behandlung Tabischer mittels Suspension.
 3. Berliner Medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.
Moll: Therapeutische Erfahrungen auf dem Gebiete des Hypnotismus. Discussion.
- III. Referate und Kritiken.** Mitchel: Bitemporale Hemianopsie durch Aneu-
rysm. Schmidt-Rimpler: Corticale Hemianopsie mit secundärer Opticusdegeneration.
Fall: Muskelatrophie mit nervösen Symptomen. Rieder: Neuritis des Nervus medianus.
Goldstein: Die Krankheiten des Nervensystems. Mayer: Tabes dorsalis. Upson: Gold
als Färbemittel. Bosworth: Paralyse des Larynx und des Pharynx. Hughes: Krampf
des Musculus levator anguli scapulae Ziehen: Kniephänomen und Fussclonus Hükel:
Psychische Lähmung und ihre Behandlung. Morrison: Ueber Verbrechertheorien. Wag-
ner: Neuralgie und Psychose.
- IV. Aus den Akademien und Vereinen.**
Aerztlicher Verein im Herzogthum Salzburg.
Halbels: Ueber die Behandlung schmerzhafter Zustände mittelst Aufstäubungen
von Monochlormethan.
- V. Tagesgeschichte.**

I. Originalien.

I.

Zur Theorie der Hypnose und der Hysterie.

Aus Veranlassung von Hack Tuke's: Geist und Körper.*)

Von Dr. H. KURELLA,

III. Arzt in Allenberg, Ostpreussen.

Mit der Einführung des Buchs von Tuke in Deutschland hat sich der Uebersetzer ein Verdienst erworben, und hat, was vorweg bemerkt werden soll, eine formell ausgezeichnete Leistung geboten, die durch die oft farblose Sprache des Originals doppelt schwer gemacht war. Zahlreiche Noten ergänzen das im Jahre 1883 neu herausgegebene Original mit den, im ganzen ja wenig zahlreichen, neueren einschlägigen Forschungsergebnissen.

Hack Tuke hat sich dasjenige Capitel der psychologischen Physiologie zum Forschungsgebiet gewählt, das die moderne vivisezierende Hirnphysiologie und die psycho-physischen Laboratorien ganz unangebahnt gelassen haben, theils, weil es ausserhalb der heut in Deutschland vorherrschenden Richtung liegt, theils weil in diesem Gebiet, besonders für die Analyse der Affecte und der Phantasie-Vorstellungen, die experimentelle Methode von vornherein ausgeschlossen ist, und die klinische Beobachtung allein zu Worte kommt.

In dieser Eigenthümlichkeit des Stoffs mag es begründet sein, dass T.'s Arbeit zum mindesten in der deutschen Wissenschaft bisher ziemlich übersehen worden ist; heut, wo die hypnotische Suggestion und die traumatischen Neurosen im Vordergrund des neuropathologischen Interesses, stehen, wird das Buch überall mit Freude begrüsst werden.

Der Titel giebt keine rechte Vorstellung von dem Inhalte des Buches. Es giebt eine Physiologie der Affecte, und eine solche der Einbildung, oder, wie man heutzutage sagt, der Suggestion, und behandelt in einer langen Reihe casuistischer Mittheilungen die Wirkung affectiver Vorgänge und lebhafter, von aussen aufgedrängter, oder von innen in's Blickfeld des Bewusstseins getretener Vorstellungen auf die vegetativen Functionen und die subcorticalen Nervencentren.

Die vier Theile des Buches behandeln hintereinander den Einfluss des Verstandes, des Gemüths und des Willens auf den Organismus, und zwar innerhalb jedes Abschnitts den Einfluss der betreffenden psychischen Function auf die Sinnesempfindung, auf die willkürlichen Muskeln, auf die glatte Muskulatur und die „organischen Functionen.“ Jedem Capitel gehen sehr lesenswerthe „allgemeine psychologische und physiologische Grundsätze“ voraus. Das Material ist mit stupendem

*) H. Tuke. Geist und Körper. Studien über die Wirkung der Einbildungskraft. Autor. Uebersetzung von Dr. H. Kornfeld. Jena, G. Fischer 1888. 308 S. 80. 7 Mark, brochirt.

Fleiss aus der gesamten medicinischen Literatur zusammengetragen, an einzelnen Stellen lässt die Sichtung des Materials jedoch eine schärfere Kritik wünschen, wie denn auch die Analyse der aufgehäuften Thatsachen zeigt, dass der V. sich auf rein physiologischem Gebiete weniger zu Hause fühlt, als auf klinischem. Dieses Stehenbleiben der Analyse auf halbem Wege hat sich ganz besonders in der Fragestellung geltend gemacht. Führt man die Analyse ganz durch, so wird man aus den Thatsachen des Buches nicht Sätze über die Wirkungen der Vorstellungen, der Affecte und des Willens auf den Körper ableiten, sondern aus ihnen schliessen müssen, dass eine derartige Dreitheilung der psychischen Leistungen überhaupt nicht mehr haltbar ist, und dass der Wille nichts ist, als Fortleitung einer subjectiv als Bewegungsvorstellung auftretenden Rindenerregung auf motorische Bahnen zu quergestreiften Muskeln, -- das Gefühl resp. der emotionelle Vorgang nichts als eine diffuse Rindenerregung durch eine sehr intensive Vorstellung, bei welchem Vorgang die gewöhnliche, associative Verknüpfung durch eine auf Irradiation zurückzuführende verworrene Vorstellungsgruppierung abgelöst wird, wobei zugleich die subcorticalen Centren der glatten Muskeln (Gefässe, Darm, Blase), des Herzens und der mimischen Bewegungen heftig gereizt werden.

Es ist ferner gegenüber dem von Tuke zusammengetragenen Material nicht mehr länger von der Hand zu weisen, dass bei Hypnotisiren und bei Hysterischen die Vorstellung trophischer Veränderungen am eigenen Körper in der That zu solchen Veränderungen führen kann, und dass bei diesen merkwürdigen Erscheinungen besondere Leitungsbahnen in Frage kommen, die unter normalen Verhältnissen entweder überhaupt nicht in entsprechender Verkettung angelegt sind, oder doch nie in diesem Zusammenhange erregt werden. Unsere hentige Kenntniss des Faserverlaufs im Nervensystem reicht wohl aus, um die Uebertragung einer als Vorstellung auftretenden Rindenerregung auch auf trophische und vasomotorische Reflexcentren zu verstehen, und sie uns nicht unverständlicher erscheinen lassen, als die Erregung unsrer quergestreiften Muskulatur durch sogenannte Willensimpulse von der Rinde aus. Wenn wir im Schreck oder im epileptischen Aequivalent, (wie ich es vor einigen Tagen in der hiesigen Anstalt sah*) eine rapide Luftentwicklung in allen Kopfhaaren auftreten sehen, so handelt es sich um Uebertragung einer sensiblen Erregung durch die Rinde hindurch auf trophische Leitungsbahnen, und es ist ein ganz analoger Vorgang, wenn in der Suggestion oder nach einem Schädeltrauma eine lebhaft vorgestellte Körperstelle ein Erythem zeigt oder anästhetisch wird.

Diese Schlüsse zur Theorie der Hysterie und Hypnose auf Grund des Tuke'schen Buches werden manchem Leser kühn erscheinen, in dessen liegen sie so zu sagen in der Luft, und sind, abgesehen von der kaum noch zu übersehenden Literatur des Hypnotismus, mehr oder we-

*) Vgl. Räuber, Periodische Haarveränderung bei einem Epileptiker, Virchow's Archiv 97. p. 51 ff.

niger deutlich anticipirt in zwei in dieser Zeitschrift bereits mehrfach citirten Schriften.

C. Lange hat in seiner Theorie der Affecte die Gemüthsbewegungen auf — den Vorstellungen und Empfindungen stets mehr oder weniger stark anhaftende, — Erregungen subcorticaler Centren für die glatte Muskulatur zurückgeführt, und Münsterberg*) hat mit grossem Scharfsinn den Willen auf mit scharf begrenzten motorischen Erregungen associirte Empfindungen reducirt.

Eine nähere Ausführung dieser Aufstellungen, die sich theils auf eigene, theils auf die von Tuke gesammelten Beobachtungen stützt, behält sich der Referent vor; sehr klar hat ähnliche Ideen Möbius in seinem Aufsätze über das Wesen der Hysterie in diesem Centralblatt dargelegt.

II.

Wirbelweh, eine neue Form von Gastralgie.

Vorläufige Mittheilung.

Von Dr. MAX BUCH in Willmanstrand, Finnland.

Seit längerer Zeit schon ist eine Form von Leibschmerzen, Cardialgie, Gastralgie, bekannt gewesen, die nur auf nervöser Grundlage beruhend keinerlei organische Unterlage aufweist. Von allen Handbüchern wird dieser Schmerz in den Magen verlegt; ich habe jedoch gefunden, dass der Sitz der nervösen Cardialgie, wenigstens in der grossen Mehrzahl der Fälle, nicht der Magen ist, sondern der Schmerz im Epigastrium nur einen Theil eines wohlcharacterisirten vom Sympathicus ausgehenden Symptomencomplexes darstellt. Das hervorragende und pathognomonische Symptom ist eine mehr oder weniger bedeutende Druckempfindlichkeit der vorderen Fläche der Wirbelsäule auf Druck durch die Bauchdecken hindurch, während man neben der Wirbelsäule so tief man will bis an die hintere Bauchwand drücken kann, ohne Schmerz hervorzurufen. Bei Rückenlage und angezogenen Beinen geht das gewöhnlich bei stetigem Druck ganz leicht, bei Frauen, die geboren haben, kann man oft die hintere Bauchwand so bequem betasten, als ob da kein Hinderniss wäre. Während man nun neben der Wirbelsäule tief auf die hintere Bauchwand herabdrückt ohne Schmerz hervorzurufen, macht sich dieser sogleich in empfindlicher Weise geltend, sobald man die drückenden Finger der Wirbelsäule nähernd, diese berührt. Aus dieser charakteristischen Form des Druckschmerzes bei allen 40 Fällen von nervöser Cardialgie, die ich seit Entdeckung dieses Symptomes beobachtet, geht schon klar hervor, dass nicht der Magen selbst druckempfindlich ist, ja in einigen Fällen, wo der Schmerz gerade im Epigastrium localisirt wurde, konnte hier durch Druck kein Schmerz hervorgerufen werden, sondern im Gegentheil ein Gefühl von Wohlbehagen, während ein Druck auf die Wirbelsäule in der Nabel-

*) s. dieses Centralblatt XI. p. 468.

gend ausser dem localen Schmerz einen ins Epigastrium ausstrahlenden hervorrief, der genau dem spontanen entsprach. Das Wirbelweh kann sich über die ganze Lendenwirbelsäule erstrecken, bis über das Promontorium herunter, wobei dann aber gewisse Theile derselben weniger, andere stärker empfindlich zu sein pflegen, oder aber es sind von vorn herein nur einzelne Theile derselben druckempfindlich. Ganz ebenso kann auch der spontane Schmerz die ganze Wirbelsäule betreffen, ja es wird nicht selten ein Schmerz angegeben, der bei Exacerbation des Leibwehs auftritt und an den Seiten des Brustbeines bis zum Schlüsselbein hinaufreicht, oder aber er reicht in der Mitte der Brust bis zur unteren Hälfte des Brustbeines herauf. In den meisten dieser Fälle gelang es mir, diese Schmerzen durch Druck auf gewisse Punkte der Bauchwirbelsäule künstlich hervorzurufen. Ueberhaupt hat das Wirbelweh nach Art der echten Neuralgien eine Neigung bei Druck auf gewisse Punkte in entfernter liegende auszustrahlen, so dass bei Druck auf diese Punkte zugleich mit dem localen ein Schmerz in entfernteren Körpertheilen auftritt. Mir scheint dabei eine gewisse Correspondenz gewisser Punkte mit einander deutlich. So wird bei Druck etwa einen Zoll oberhalb des Nabels besonders häufig ein Schmerz in der Gegend der Symphysis sacro-iliaca beklagt oder etwas oberhalb des Kreuzbeines neben der Lendenwirbelsäule, während ein Druck etwa einen Zoll unterhalb des Nabels besonders häufig ins Epigastrium namentlich in die Magengrube (sog. Herzgrube) und den unteren Theil der Brustbeingegend hin ausstrahlt. Diese letztere Form kommt besonders häufig vor und ist offenbar die Ursache gewesen, wesshalb die uns beschäftigende Neuralgie bisher auf den Magen bezogen worden. In einigen Fällen strahlte der Druckschmerz ins linke Hypochondrium bis in die Herzgegend aus. In einem Falle derselben hatte der Patient an derselben Stelle auch anfallsweise auftretende Schmerzen „als ob ihm das Herz zusammengezogen würde“. In einem Falle wurde bei einer 40 jährigen Bauernfrau durch Druck in der Nabelgegend ein drückender Schmerz mitten auf dem Scheitel genau entsprechend dem Clavus hystericus ausgelöst. Bei einem Manne mit beidseitiger Supraorbitalneuralgie trat diese bei Druck auf dieselbe Stelle hervor. In einigen wenigen Fällen war Druck auf die processus spinosi empfindlich.

Von weiteren begleitenden Symptomen nenne ich als oft vorkommend solche, die den Magen betreffen, Ueblichkeit, Aufstossen, oft saures Aufstossen, ferner Heiss hunger mit Ueblichkeit verbunden, sogenanntes Flausein. Der Stuhl ist dabei meist normal oder etwas retardirt, selten besteht Neigung zu Durchfällen, noch seltener Durchfälle mit Hartleibigkeit abwechselnd. In mehreren Fällen werden über schmerzhaftes Pulsiren der Bauchadern geklagt. Des Weiteren besteht bisweilen eine Neigung zu Neuralgien überhaupt, so habe ich mehrere Male Neuralgie eines oder mehrerer Intercostalnerven besonders häufig mit einem Druckpunkt im Winkel zwischen Schwertfortsatz und siebenter Rippe gefunden, ferner Druckempfindlichkeit der Nerven des Hüftgeflechtes, auf die man beim Durchtasten des Bauches leicht stösst, schliesslich Migraine. Der Symptomencomplex des Wirbelwehs tritt

meist als Theilerscheinung der Neurasthenie auf, ferner bei Chlorose und, besonders der untersten Theile der Wirbelsäule, bei Uterusentzündungen, Infarct, Endometritis. In einigen Fällen trat das Leiden jedoch vollständig selbstständig auf.

Als anatomische Grundlage des Wirbelwehs sind die der Wirbelsäule aufliegenden Sympathicusgeflechte mit den Grenzsträngen anzusehen, welche sich in der Bauchhöhle dicht an die Wölbung der Wirbelkörper anlegen und die Lendenwirbel und deren Zwischenwirbelbänder mit feinen Nervenzweigen versorgen, welche wieder oft mit Fäden in Verbindung stehen, die sich zwischen Knoten beider Seiten ausspannen. (Quain-Hoffmann.) Von sympathischen Geflechten kommt der Plexus aorticus abdominalis und die pl. hypogastrici in Betracht. Das Aortengeflecht liegt der Bauchaorta zwischen den Ursprüngen der oberen und unteren Gekrösarterie auf. Die Fortsetzung desselben der Plexus hypogastricus superior liegt auf dem untersten Stück der Bauchaorta und im Zwischenraum zwischen den beiden gemeinschaftlichen Hüftschlagadern. Es wird von einer Anzahl starker Nervenfäden gebildet, welche jederseits aus dem Aortengeflecht herabziehen sowie aus starken Aesten, welche von den Lendenknoten herkommen und über die Hüftschlagadern wegziehen. Diese Nerven vereinigen sich zu einem platten grossmaschigen Netz, welches der vorderen Seite des untersten Lendenwirbels aufliegt. (Quain-Hoffmann, Anatomie.) Unterhalb des Promontorium schliesslich kommen die Plexus hypogastrici inferiores und das Kreuzgeflecht in Betracht. Einige Male habe ich mich mit Sicherheit überzeugen können, dass nur der Druck auf die Aorta schmerzhaft war, während die rechte Seite des Wirbelkörpers unempfindlich war; doch kommt auch das Gegentheil vor. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist die ganze Wirbelrundung druckempfindlich. Das in mehreren Fällen angeklagte schmerzhaft pulsirende der Bauchaorta lässt sich ebenfalls leicht auf die Empfindlichkeit des Aortengeflechtes beziehen.

Nach dem Angeführten würde das uns beschäftigende Leiden als Neuralgie der Wirbelgeflechte des Bauchsympathicus zu bezeichnen sein, wofür ich den durch seine Kürze und Prägnanz sich empfehlenden Ausdruck Wirbelweh gewählt habe.

Was die Behandlung anbelangt, so habe ich in der grossen Mehrzahl der Fälle das Glück gehabt die Diagnose auch ex juvantibus zu stützen. Nach einigem Experimentiren mit medicamentösen Mitteln, wobei sich mir namentlich das Bromkalium als sehr unzuverlässig erwies, kam ich bald auf Antipyrin, welches sich in subcutaner Anwendung immer wirksam zeigte. Ich spritze von einer 50% wässrigen Lösung eine volle Spritze in die Bauchgegend oder beim Bestehen von Neuralgien an den Schmerzpunkt. Die Einspritzung ist ziemlich empfindlich und die Injectionsstelle bleibt auch, sich selbst überlassen, viele Tage sehr empfindlich. Man muss daher gleich nach der Einspritzung anfangs leicht dann kräftig die betreffende Stelle massiren, um die Flüssigkeit zu vertheilen, was so lange fortgesetzt wird, bis jede Spur von Druckempfindlichkeit an dieser Stelle verschwunden, was etwa 5—10

Minuten in Anspruch nimmt. Man kann das Reiben im Nothfall auch dem Kranken selbst überlassen. Die Spritze muss, da die Lösung sehr concentrirt ist, gleich nach dem Gebrauch reichlich mit Wasser oder noch besser mit Carbollösung durchgespritzt werden. Die Antipyrineinspritzungen habe ich je nach Umständen alle Tage oder alle 2—3—4 Tage vorgenommen. Heilung ist bisweilen schon nach 2—3 Einspritzungen eingetreten, bisweilen erst nach 10 oder mehr. Besserung tritt immer ein, gewöhnlich schon nach der ersten Einspritzung.

Selbstverständlich darf das Grundleiden nie vernachlässigt werden. Bei Chlorose muss Eisen gegeben werden und kann das Wirbelweh in solchem Fall durch Eisen allein geheilt werden, bei Uterusinfarct müssen Scarificationen der Cervicalportion, bei Endometritis entsprechende Behandlung eingeleitet werden. Bei Neurasthenie steht vor allen Mitteln eine milde Wasserkur obenan, auch im Winter, neben reichlichem Aufenthalt im Freien. Nicht zu kalte Abreibungen 22—15° C. des Morgens aus der Bettwärme, sowie Halbbäder von 28—20° C. mit Reiben des ganzen Körpers mit Bast oder Bürsten bis zur Hautröthung sowie Uebergießungen vor und nach dem Abreiben sind besonders wirksam. Auch die schottische Douche mit schwachem Strahl auf den Leib war in einem Falle nützlich. Die Diät muss bei anämischen Kranken eiweissreich sein, bei Verdacht von gleichzeitig bestehendem Magencatarrh kann Karlsbader Salz mit modificirter Milchdiät angewandt werden, doch sah ich in einem Falle, wo alle Symptome des chronischen Magenkatarrhes vorhanden waren — auch Durchfälle mit Hartleibigkeit abwechselnd fehlten nicht — sämtliche Symptome ohne besondere Diät bei einem armen Arbeiter nur auf Antipyrineinspritzungen, alle 4 Tage eine Einspritzung, verschwinden. In einigen Fällen verschwand das Wirbelweh während des längeren Bestehens unter der Untersuchung. Dies dürfte ebenfalls einen Fingerzeig für die Behandlung abgeben und zu kurmässigem tiefem Kneten des Leibes auffordern.

Da ich erst am Ende der vorigjährigen Badesaison das Wirbelweh entdeckte, konnte ich auch nur in wenigen Fällen den Nutzen der physiatrischen Behandlungsmethoden erproben. Ich begnüge mich daher jetzt mit dieser vorläufigen Mittheilung um im nächsten Herbst oder Winter alle Krankheitsfälle mit genauen Krankengeschichten und reicheren Erfahrungen auch über die physiatrische Behandlung des Wirbelwehs mittheilen zu können. Auch auf die Differentialdiagnose werde ich dann ausführlich eingehen. Soviel kann ich schon jetzt sagen, dass das Leiden sehr häufig, und dass jeder Fall von Cardialgie und Dyspepsie daraufhin untersucht werden muss.

Oft klagen die Kranken spontan weniger über Schmerz im Leibe als über einen gewissen vagen Schmerz in einem oder beiden Hypochondrien, der Herzgegend oder Brustbeingegegend etc. Bei der entsprechenden Untersuchung entdeckt man dann das Wirbelweh.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. XIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 25. u. 26. Mai d. J.

298) Prof. Goltz (Strassburg): *Der Hund ohne Grosshirn.*

Es gelang eine Hündin, der in zwei Malen möglichst das ganze Grosshirn entfernt war, 51 Tage nach der letzten Operation am Leben zu erhalten, wonach die früher öfter beschriebenen psychischen und sonstigen Reizerscheinungen anfänglich bestanden. Als wichtigstes dauerndes Manco ergab sich die bis zuletzt gleichmässig fortdauernde *völlige Unfähigkeit zu normaler spontaner Nahrungsaufnahme*, obgleich bei künstlicher Ernährung alle dabei nöthigen Muskeln vollständig gebraucht werden konnten und der Bissen, wenn tief genug hineingeschoben, schon nach etwa 1 Woche richtig gekaut und geschluckt wurde. Nur im Anfang fielen einzelne Bissen heraus. Auch die Zunge war durchaus beweglich. machte aber die schon früher beschriebene eigenthümlich kreisförmigen peitschenden Excursionen. Nach den Mahlzeiten wurde die Schnauze abgeleckt was sonst, auf äussere Reize, nicht geschah. Die künstliche Ernährung war schwierig, wegen des besonders bei Aufnahme von Flüssigkeiten häufigen Fehlschluckens, das auch schliesslich den Tod durch Schluckpneumonie herbeiführte. Die Sondenfütterung bewährte sich nicht recht, wohl aber liess sich Milch in Form von kleinen prall gefüllten Würstchen gut in die Tiefe des Schlundes bringen und wurde dann mühelos geschluckt. Wie die Muskulatur des *Mundes*, functionirte auch diejenige des *Kehlkopfes* ganz regelrecht. Der Hund gab nicht nur Laute von sich, sondern war auch im Stande mit Hilfe derselben in mannigfachster Weise dem Wechsel seiner Stimmung Ausdruck zu geben, er bellte, heulte, winselte und knurrte, die Aeusserungen des Missfallens zeigten sich besonders deutlich bei den zur Wundbehandlung nothwendigen schmerzhaften Proceduren. Dagegen waren *Schwanzbewegungen* zwar durchaus vorhanden, erfolgten aber nicht in Form von Wedeln als Ausdruck freundlicher Gesinnung, sondern in wechselnder Weise gelegentlich auf nicht genauer zu bestimmende Reize.

Auch auf dem Gebiete der *Empfindung* zeigten sich an den verschiedensten Körpertheilen bereits die leisesten Tastreize wirksam. Ferner bestand deutlicher Wechsel von *Schlaf und Wachen*, ersterer war durch völlige Ruhe und Augenschluss genügend gekennzeichnet. Das Erwecken *erfolgte sehr leicht z. B. schon durch sanftes Fortziehen* einer zum Schutze gegen die Fliegen übergelegten Decke, manchmal unter energischem Strecken der Glieder, ganz wie bei einem unversehrten Thiere. Wie in der Norm war die Ohrgegend besonders empfindlich, abnorm nur das Mass der erfolgenden Reactionen, die sich bis zu ausserordentlicher Aufregung, ja vollständiger Tobsucht steigerten. Hierdurch zog sich das Thier namentlich in der ersten Zeit mancherlei Verletzungen der Pfoten zu, gegen deren Fortschreiten es sich jedoch durch zweckmässige Lagerung zu schützen wusste, wie auch sonst jede irgend unbequeme Stellung der Extremitäten nur in der allerersten Zeit er-

tragen, später dagegen unmittelbar corrigirt wurde. Doch behielt der Gang wie schon früher beschrieben etwas Steifes und erinnerte an den Hahnentritt.

Nahm man die Hündin aus dem Käfig heraus, so erfolgte fast immer sofort *Harn- und Kothenlleerung*. Es ist möglich, dass es sich dabei um einen rein reflektorischen Act, durch den Reiz des zur Fixirung benutzten Handtuchs, handelte, aber nicht wahrscheinlich, da das Tuch nicht um den Bauch, sondern locker um den Brustkorb gelegt war. Es scheint also, dass die betreffenden Instinkte intakt bleiben, jedenfalls aber war der Bewegungsact selbst ein durchaus fehlerloser. Was die höhere Sinne betrifft, so war Blindheit und Geruchsmangel schon durch die unvermeidliche Mitfortnahme des Opticus und Olfactorius bedingt. Bei Untersuchung auf Taubheit liessen sich leichte Tastreize nicht mit aller Sicherheit ausschliessen. Bezüglich des Geschmacks schien das Thier verschiedenartige Nahrung zu unterscheiden, besondere Versuche mit stark schmeckenden Substanzen wurde absichtlich vorzichtshalber unterlassen.

Man darf schliessen, dass die hier noch möglichen Verrichtungen jedenfalls nicht ausschliesslich vom Grosshirn ausgehen, da die Section des demonstrirten Gehirns ergab, dass in der That nur ein ganz schmaler und kurzer basaler Streifen zwischen den Thalamis übrig geblieben war. Auch diese selbst zeigten sich durch secundäre Erweichung erheblich verändert, wogegen der Rest des Gehirns für den makroskopischen Anblick keinerlei Abweichung von der Norm darbot.

299) Schwalbe (Strassburg): *Ueber das Darwin'sche Spitzohr.*

Die Discussion über die sog. *Degenerationszeichen* ist speciell in neurologischen Kreisen gegenwärtig wieder in lebhaftem Gange, wobei sich die Erörterung namentlich um die Frage der Unterscheidung allgemein vererbter von auf atavistischer Grundlage übertragenen Merkmalen dreht. Bezüglich des *Darwin'schen Ohres* besteht aber bei den Autoren eine gewisse Verwirrung, die sich auf Grund der vergleichend anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Daten unschwer beseitigen lässt. Die von Darwin nach Mittheilungen des Bildhauers Ulm er beschriebene Spitze befindet sich nämlich nicht wie vielfach angenommen, ganz oben, sondern aussen am Ohr und zwar etwa im Niveau des crus antheliceis inferius. Bei Affen findet sich die äussere Spitze etwas höher als beim Menschen, sie entsteht nach D. durch Einrollung des Anthelix. Ludw Meyer wollte die Ohrspitze als einen der Höcker des Helixrandes den übrigen ähnelichen Bildungen gleichstellen und behauptete, dass sie bei Embryonen nicht vorgebildet sei. In Wirklichkeit jedoch fand Redner sie bereits deutlich im 5. bis 7. Monat angelegt, wie dies auch schon von His abgebildet, wenn auch nicht besonders hervorgehoben worden war. Je nachdem nun diese normal angelegte Spitze sich mehr oder weniger stark umbildet, sich einrolle, nach oben oder unten rückt entstehen die dem Affenohr wie der Satyrspitze entsprechenden Formen, die in irgend einer Art sich wohl bei $\frac{2}{3}$ aller Menschen vorfinden. Binder hat neuestens, ausschliesslich der Form-

veränderungen des Ohrläppchens, 22 Abnormitäten mit noch mehreren Untergruppen unterschieden, die aber in Wirklichkeit alle Nichts als Varietäten der Ohrmuschel darstellen. Das beim Menschen den Thieren gegenüber Zurückgebildete gehört ausschliesslich dem Gebiete der *Ohrfalte* an, die sich durch eine schräge Linie genau von dem Bereich der in Form und Grösse constanten Anlage der 6 *primitiven Ohrhöckern* abgrenzen lässt. Letztere ist im Wesentlichen unveränderlich, ersteres zeigt sehr verschiedene Grade der Einrollung und Faltenbildung. Eigentlich sind ja die sog. degenerativen Ohren die gut entwickelten, da die Eigenthümlichkeit des Menschenohrs in der geringen Ausbildung der äusseren Faltenpartie besteht.

Betreffend das Ohrläppchen, worüber seine Untersuchungen noch nicht abgeschlossen sind, bemerkt Red. noch nachträglich auf ausdrücklichen Wunsch des Vorsitzenden Ludwig (Heppenheim), dass dasselbe sehr zahlreich im täglichen Leben vorkommende, wenig wichtige Varietäten hat. Bei den niederen Affen findet sich ein läppchenähnlicher Anhang mit fast vollständiger Knorpelbildung und neuerdings hatte nun His eine knorpelige Anlage auch des menschlichen Läppchens behauptet. In der That ist aber das sog. Affenläppchen nur ein scheinbares, das des Menschen dagegen eine immer nur fetthaltige, dagegen durchaus knorpelfreie Falte, die mehr oder weniger lang, frei, hängend, angewachsen u. s. f. sein kann. Die Varietäten hängen wie es nach den bisherigen embryologischen Untersuchungen scheint, mit dem Sitze der Ohrspitze zusammen. Bei den höheren, anthropoiden Affen findet sich wie beim Menschen eine ausschliesslich fetthaltige Bildung, wovon sich R. namentlich beim Chimpanse überzeugt hat.

300) Fürstner: *Ueber Muskelveränderungen bei einfachen Psychosen.*

Bekannt sind die mannigfachen Degenerationen der Musculatur bei fieberhaften, namentlich infectiösen Processen, denen F. ähnliche bei schwer febrilen Formen des sog. Delirium acutum hinzugetügt hat. Letzteres ist neuerdings von Bucholz bestätigt und im Einzelnen genauer beschrieben worden. Dagegen existiren noch keine Angaben über ähnliche Vorgänge bei einfachen mit starker Macies einhergehenden Psychosen. Die Sache ist aber nicht ohne praktische Bedeutung, die Muskeldegeneration kann zur Bildung von Wahnideen Anlass geben, die Zwerchfellsveränderung kann Athemstörungen bedingen und zur Entstehung von Schluckpneumonie mitwirken, auch die oft noch auffällig lange nach Verschwinden der psychischen Erscheinungen in die Reconvalescenz hinein dauernde Muskelschwäche hier vielleicht ihre Erklärung finden.

Eine erblich belastete Patientin war immer sehr reizbar, schwächlich, magenleidend. Nach aufreibender Pflege der geisteskranken Mutter erkrankt sie an hypochondrischer Melancholie mit Abulie, Abstinenz, Schlaflosigkeit, hartnäckigster Verstopfung. Es entstehen sehr lebhaft Sensationen, besonders der Hals, Magen- und Darmgegend mit specifischen und constanten hypochondrischen Wahnideen (Hals zu, Gewächs im Leib etc.) und das Körpergewicht sinkt stark. Später treten ohne

Fieber auch lebhaftes Schmerzempfindungen in der Muskulatur hinzu, die Muskeln sind mechanisch abnorm stark erregbar, Patellarreflex und Schmerzempfindlichkeit sehr gesteigert, die immer zunehmenden Schmerzen veranlassen die Kranke zu allerlei eigenthümlichen Lagerungsweisen, sie behauptet vor Schmerzen nicht mehr stehen zu können und schliesslich zeigen sich dann nach einigen Wochen abnorme Spannungszustände in den verschiedensten Muskelgebieten, die hartnäckige Verstopfung und Nahrungsweigerung dauert fort, der Effect der Sondenfütterung wird durch das furchtbare Würgen und Brechen fast vereitelt. Unter beständiger Zunahme der Schmerzen, Contracturen und Abmagerung tritt (pneumonisch bedingtes) Fieber ein und die Patientin geht auffallend rasch in einigen Tagen zu Grunde. Der ganze Process hatte nur wenig über 3 Monate, der Anstaltsaufenthalt kaum 4 Wochen gedauert.

Die *Section* ergab im Centralnervensystem nichts Besonderes. Schon bei Lebzeiten waren ein paar aus Biceps und Adductoren exstirpierte Muskelstücke mit Glycerin, Essigsäure, Hämatoxylin untersucht worden, es hatte sich sehr wechselnde Grösse der Fibrillen, Verschiedenheiten der Dimensionen der Querstreifung, an vielen Stellen Trübung und theilweise der Essigsäure widerstehende Körnung, auch Kernvermehrung im Perimysium sowie auch der Faser selbst feststellen lassen. Nach dem Tode erschienen die frischen Muskeln zart und blass, die verschiedenen Färbungen ergaben die von Schulze, Fränkel u. A. beschriebenen atrophischen Vorgänge in verschiedener Entwicklung: Körnung, Vacuolenbildung, Querspaltung, Kernvermehrung, Ungleichheit von Fibrillengrösse und Querstreifung u. s. f. Es konnte nur ein Theil der Muskulatur benutzt werden, leider hat man auch die Darmwand nicht untersucht, was angesichts der Verdauungsstörung wichtig gewesen wäre. Da die Erscheinungen von Abmagerung, Schwäche, Schmerzhaftigkeit ziemlich frühzeitig eintraten, so muss der Krankheitsprocess in den Muskeln wohl schon lange dauern, die Ursachen desselben sind noch unklar, an sich genügt weder die Psychose noch die mangelhafte Ernährung zu einer ausreichenden Erklärung.

F. meint, dass der oben kurz skizzierte Fall, dem sich noch 3 ähnliche anschliessen, einer klinisch gut abgrenzbaren Krankheitsform angehöre. Charakteristisch sind weibliches Geschlecht, Schwächlichkeit, psychisch: hypochondrische und hysterische Erscheinungen, motorisch zuerst Sensationen und abnorme Empfindlichkeit, dann starke Erregbarkeit und Parese, schliesslich Starre und Contractur der Muskeln, kurzer Verlauf in wenigen Monaten, rasche Abmagerung, ungünstige Prognose, sehr schnell sich einleitendes Ende.

Ueber die Muskulatur der Paralytiker sind gleichfalls Untersuchungen begonnen, aber noch nicht abgeschlossen. Auch hier finden sich vielfach atrophische Vorgänge, u. A. im Psoas, Biceps, Pectoralis, rectus abdom., Adductoren. Sehr reich ist hier namentlich die Vacuolenbildung, wahrscheinlich unter starker Einbusse an Muskelbündeln, vielleicht erklären diese Veränderungen die manchmal sehr plötzlich nach lange auffallend gut erhaltener Kraft und Ernährung eintretende Schwäche und Gewichtsabnahme.

301) **Rumpf:** *Sensibilitätsstörungen und Ataxie.*

Zur Stütze der Leyden'schen Ansicht hat neuerdings Goldscheider Versuche zur Herabsetzung der Haut- und Gelenkempfindlichkeit mit Hilfe des faradischen Stroms angestellt, doch hat R. der solche Versuche zum Theil auch schon früher gemacht hatte dadurch niemals wirkliche Ataxie entstehen sehen. Zur erneuten klinischen Prüfung der Frage fand er ein geeignetes Objekt an einem Kranken, der nach starken Anstrengungen unter allgemein nervösen Störungen auch eine durch locale Schädlichkeiten mitbedingte, vielfach mit den verschiedensten Methoden geprüfte Anästhesie beider Hände einschliesslich der Gelenke davongetragen hatte. Die Herabsetzung der Empfindlichkeit war eine sehr beträchtliche auch für den nach Hitzig's Methode gemessenen Muskelsinn. Unter Vorlage vergleichender Proben zeigt nun R., dass namentlich auch bei der Schrift keine Spur von Ataxie nachweisbar war, auch bei Augenschluss die Worte und Buchstaben nur etwas grösser als vorher wurden. Auch durch Anwendung des faradischen Stroms wurde das Schreiben nur etwas erschwert und ebenso zeigt der eigentlich ataktische Schritt eines anderen Kranken durch Augenschluss keine sehr erhebliche Veränderung, wenn auch eine gewisse Correction mit Hilfe des Gesichtssinnes statt hat. Die sog. sensible Theorie der Ataxie findet also hier keine Stütze, nur die Empfindung der Anfangslage scheint für die Einleitung der meisten eingeübten Bewegungsarten erforderlich.

(Fortsetzung folgt.)

II. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Von Dr. König in Dalldorf.

Sitzung vom Montag 15. April 1889.

302) **Oppenheim** berichtet 1) *über einen Fall von Tumor der motorischen Zone* unter Demonstration des Präparates und erörtert die Gründe weshalb eine Operation nicht vorgenommen wurde.

2) *Ueber das Verhalten der Blasenfunktion bei disseminirter Sclerose.* Er gelangt in Folge seiner Untersuchungen zu dem den bisherigen Anschauungen entgegengesetzten Resultate, dass Blasenstörungen zu den häufigen Symptomen (80%) gehören.

Remak bemerkt, dass er ein besonderes Interesse an dem Falle habe, da er ihn von Anfang an beobachtet hat; am 19. Januar kam Patient zum ersten Male in die Poliklinik; er gab an, bis Anfang Juli 1888 ganz gesund gewesen zu sein, hatte sich damals den rechten Fuss angeblich verstaucht. Vor 2—3 Wochen bekam er, während er ging Anfälle von Gefühllosigkeit und Zucken im rechten Fuss, so dass er stehen bleiben musste; später theiligten sich auch die Brust und der rechte Arm an den Anfällen. Besonders schlecht war die Sache am Tage vor der Aufnahme. Patient schleppte das rechte Bein; der rechte Arm war schwächer als der linke. Gefühl für Nadelstiche genau in der Mittellinie abgesetzt, Ovarie. Kniephänomen beiderseits gleich. Auf der linken Cornea Treibungen; die rechte Pupille reagirt. Augenhintergrund normal. Zunächst dachte R. an Hysterie wegen der rela-

tiven Hemianästhesie und Ovarie, zumal die Sache nach Faradisirung besser wurde. Am 14. Jan. war das rechte Bein schwächer, kein Iliacalschmerz.

Am 18. Jan. Kopfschmerzen, Erbrechen. Am 21. Jan. rythmische Zuckungen im rechten Extensor quadriceps. Druck in der Iliacalgegend machte nichts, dagegen schien faradische Pinzelung mit starken Strömen die Zuckungen zu hemmen. Am folgenden Tag schleppte Patient das Bein; 2 Tage später war das nicht mehr der Fall. Kniephänomen rechts war gesteigert, Andeutung von Fussclonus. Von der Clavicula abwärts war das Gefühl herabgesetzt.

Am 24. Jan. wieder ein Anfall von 5 Minuten mit Betheiligung der rechten Schulter und des Kopfes. Dieser hatte durchaus den Character der corticalen Epilepsie.

Jetzt stellte R. die Diagnose auf Tumor der motorischen Zone.

Am 26. Jan. zeigte auch das rechte Ohr läppchen und die Gegend des Ohres Herabsetzung der Sensibilität. Gehörschärfe unverändert.

Am 30. Jan. 3 Anfälle; die Zuckungen begannen in den Bauchmuskeln, gingen dann über auf die rechte Schulter und den rechten Arm, das Bein war nicht betheiligt.

Am 1. Febr. klagte Patient über Schwere im rechten Bein; Gefühl für Nadelstiche am ganzen Körper herabgesetzt.

Bis zum 6. Febr. blieben die Anfälle aus; nur zuweilen Zuckungen im Kopfe; Patient gab an, dass das rechte Ohr und die Kopfhaut sich dabei bewegte, er hatte das Gefühl, als wenn das rechte Ohr geschwollen wäre.

Am 17. Febr. heftige Zuckungen des rechten Armes, Paralyse desselben, Erbrechen; Anorexie, foetor ex ore, Pat. begibt sich nach der Charité.

Für eine Operation ist der Fall wohl nicht geeignet gewesen, schon weil sich der Tumor nicht genau genug localisiren liess. Wie vorsichtig man mit einer Operation in solchen Fällen sein muss, beweist folgender Fall:

Am 12. 6. 1888 wurde R. ein Knabe zur Behandlung überwiesen; er war auf den Hinterkopf gefallen, kein Bewusstseinsverlust, kein Erbrechen. Nach 8 Tagen war die äussere Verletzung wieder geheilt. Nach 6 Wochen bekam er Zuckungen im linken Bein, die fünf Minuten dauerten; mitunter Kopfschmerzen, die Anfälle haben sich dann 5—6 Mal täglich innerhalb 8 Tagen wiederholt. Nach den Anfällen Schwäche des linken Beines. R. dachte daran, ihn zur Operation nach einer chir. Klinik zu schicken, wollte es aber vorher noch einmal mit Bromkali versuchen. Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand; der Knabe wurde gesund und ist es bis heute geblieben.

303) **Siemerling:** *Ueber einen Fall von Alcoholneuritis mit Myositis.*

Eine 51 jähr. Potatrix strenua, welche seit Jahren an den Erscheinungen des chronischen Alkoholismus gelitten (Magenkatarrh, Erbrechen und Krämpfe), erkrankte Weihnachten 1887 an einer schnell zunehmenden Schwäche der Beine, welche einen so hohen Grad erreicht,

dass sie gezwungen ist, dauernd das Bett zu hüten. Bei der Aufnahme in's Krankenhaus, 26. März 1888, ergibt sich folgender Status: leichtes Delirium, Oedem des Gesichtes, der linken Schultergegend, des linken Armes und beider Unterschenkel. Das Gehen ist nur mit Unterstützung möglich; der Gang ist breitbeinig und schwankend mit Herabfallen der Fussspitzen und Ataxie. Die Pupillenreaction ist prompt; die Augenbewegungen sind frei. Die ophthalmoscopische Untersuchung ergibt keine Besonderheiten. Es besteht eine geringe Parese der rechten oberen Extremitäten und eine ziemlich beträchtliche der beiden unteren, namentlich links. Beiderseits Westphal'sches Zeichen. Druck auf die grossen Nervenstämme (Radialis, Ulnaris und Peroneus) und auf die Muskulatur ist sehr schmerzhaft, der Urin enthielt eine Spur Eiweiss, keine Formbestandtheile. Temperatur normal, von Seiten des Circulations- und Respirationsapparates nichts Abweichendes.

Genaue Sensibilitätsprüfung nicht möglich. Die elektrische Prüfung ergibt E.a.R. im Gebiet des N. peroneus, eine starke Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit im Gebiete des N. tibialis posticus, namentlich für den faradischen Strom, ausserdem leichte Herabsetzung in der Oberschenkelmuskulatur. Im weiteren Verlaufe ändert sich das Krankheitsbild wenig. An einer rechtsseitigen Pleuritis (vielleicht tuberkulöser Natur) geht Pat. zu Grunde. Ein intra vitam bereits extirpirtes Stück aus dem M. extensor digit. com. ped. ergab eine starke interstitielle Wucherung mit Hypertrophie und Atrophie der Fasern bei Verlust der Querstreifung und Verfettung des Inhaltes. Die mikroskopische Untersuchung wies im Rückenmark und in den Wurzeln nichts besonders auf, dagegen war in den peripherischen Nerven (Medialis, Peroneus, Cruralis, Sphenus major) auch in den intramuskulären Verzweigungen eine hochgradige Atrophie der Fasern mit Vermehrung der Kerne im interstitiellen Gewebe zu constatiren. Die Muskulatur zeigte einen beträchtlichen Grad von interstitieller Wucherung (Bindegewebe und Gefässen), mit einer Atrophie der meisten und ausgeprochener Hypertrophie einzelner Fasern. Im interstitiellen Gewebe viel Pigment und freie Blutungen. Die Intensität des Processes in einzelnen Muskeln verschieden, am stärksten im M. gastrocnemius und Ext. digit. commun. ped.

Bei der starken Betheiligung der Muskulatur, welche bereits klinisch erwiesen war, glaubt S., dass der Process in den Muskeln nicht als secundär, lediglich von der Nervendegeneration abhängig, aufzufassen sei, sondern dass die Veränderungen in Nerven und Muskeln gleichzeitig nebeneinander bestanden haben.

Die Betheiligung der Muskulatur war hier eine so hochgradige, wie sie sonst selbst bei starker Nervendegeneration nicht gesehen wird.

In den untersuchten Muskeln erwähnt S. auch als normal das Vorkommen der neuromuskulären Stämmchen. Nach Untersuchungen an Muskeln von Neugeborenen und von Früchten im 5. Monat, in welchen diese Stämmchen bereits nachzuweisen sind, hielt S. diese Gebilde für congenitale, sicher ohne pathologischen Character.

Sitzung vom Montag 13. Mai. 1889.

34) **Eulenburg:** (*Krankenvorstellung*).

Pat. Maschinenbaner hat eine, wahrscheinlich angeborene, *Atrophie des rechten Cucullaris*. Pat. kam Anfang April in die Poliklinik und klagte über Schmerzen in der rechten Schulter, die ihn aber nicht am Arbeiten hinderten; er spürte nur eine Schwäche des Arms beim Heben; wenn er beide Arme vorstreckt so tritt der grössere Abstand der rechten Scapula vom Thorax deutlich hervor. Auch die mm. *Serratus anticus* und *latissimus dorsi* sind rechts etwas schwächer. Wo sich die Beschwerden ohne eine eigentliche Behandlung erheblich gebessert haben; nimmt E. an, dass sie durch Ueberanstrengung entstanden sind, und es sich um eine congenitale Missbildung, nicht aber um einen Fall von juveniler progressiver Muskelatrophie handelt.

305) **Kronthal:** *Demonstration von Präparaten eines Falles von traumatischer Neurose. (Autorreferat.)*

Patient, 46 Jahre alt, nicht luisch inficirt, nicht Potator, starb ohne eine intercurrente Krankheit. Als Hauptergebniss der Section zeigte sich hochgradige Sclerose des ganzen Aortensystems, leichte Dilatation des linken, schwere des rechten Ventrikels. Die histologische Untersuchung erwies die Gefässe des Centralnervensystems bis in die kleinsten Aeste und zwar diese grade am stärksten sclerosirt, weshalb Votr. zu der Annahme berechtigt zu sein glaubt, dass die Degeneration an den Capillaren begonnen hat. Im Rückenmark fanden sich ausser einer kleinen Hämorrhagie im mittleren Dorsalmark inselartige Degenerationen leichtesten Grades der gesamten weissen Substanz, die als Folge der Gefässveränderungen angesehen wurden. Eigenthümlich degenerirt waren noch die markhaltigen Nervenfasern im Stamme des Sympathicus. Ob diese Veränderungen schon intra vitam bestanden haben, ist nicht mit Sicherheit zu sagen, doch deuten viele Erscheinungen im Krankheitsbilde auf eine Affection des Sympathicus hin; auch ist nicht zu leugnen, dass sie die Ursache für eine Gefässerkrankung abgeben könnte. —

An der Discussion betheiligen sich Oppenheim, Eulenburg Sperling und Mendel.

306) **Bernhardt:** *Ueber die Behandlung Tabischer mittels Suspension.*

Im Ganzen waren es 19 Fälle, die zusammen 219 Mal suspendirt worden sind. Ungünstige Zufälle wurden nicht beobachtet; nur einige Mal klagten die Patienten über Schmerzen in der Nackenmuskulatur.

Die Kranken werden das erste Mal nur $\frac{1}{2}$ Minuten in Suspension gehalten, später bis zu 4 Minuten, zuerst 3—4 Mal die Woche. Die Pulsfrequenz bot vor und nachher fast keine Abweichung; auch klagten die Patienten gar nicht über irgend welche abnormen Sensationen in den Händen oder Fingern; ebenso wenig wurde eine traumatische Lähmung beobachtet. B. hat den Eindruck gewonnen, dass in einer Reihe von Fällen innerhalb der ersten Wochen entscheidende Erfolge nach verschiedenen Richtungen hin auftraten.

1. Lanzinirende Schmerzen liessen nach oder blieben Tage lang fort.
2. Die Patienten geben öfter an, sie könnten fester auftreten, länger gehen etc.

Von irgend einer Heilung hat B. nichts gesehen.

3. Einzelne geben an, dass sie mit ihrer Urinfunction besser zu Stande kämen, sie könnten jetzt die Nacht durchschlafen, machten das Bett nicht mehr nass, die Potenz hätte sich wieder eingestellt.

4. Viele sagten, sie fühlten sich im allgemeinen wohler, kräftiger.

Die Behandlung durch Suspension ist also unschädlich und im Stande, einzelne Symptome zu bessern. Natürlich ist auch der psychische Einfluss mit in Rechnung zu ziehen. Darüber, wie man sich die Wirkungsweise dieser Methode vorzustellen hat, lässt sich jetzt nichts Bestimmtes sagen. Ob die Besserung bei den einzelnen Patienten auch längere Zeit anhalten wird, ist noch eine Frage der Zeit.

Bei der Suspension muss der Arzt jedenfalls immer dabei sein. Bei Herzkranken ist die Suspension mit grosser Vorsicht anzuwenden. —

Eulenburg theilt mit, dass von Mendel und ihm auch solche Versuche gemacht worden sind; im ganzen sind sie zu denselben Resultaten gelangt.

Es wurden vom 8. Februar bis 10. Mai d. J. 40 Personen behandelt. (31 Männer, 9 Frauen.) Von diesen litten an Tabes:

34, 29 M., 5 Fr.

„ zweifelhafte Tabes (Hysterie): 1 Frau (erhebliche Besserung).

„ Myelitis chronica: 1 Frau (keine Besserung).

„ Paralysis agitans: 3 Frauen (1 Fall entzog sich

der Behandlung, im zweiten Fall keine Besserung; im 3. wurde der Gang etwas besser und die Muskelspannung im Arm liess nach) an traumatischer Neurose: 1 M. (keine Besserung). Unter den 34 Fällen von Tabes sind einzelne bei denen 60 Suspensionen gemacht worden sind; einige wurden sogar täglich aufgehängt. 5 entzogen sich der Behandlung. 6 wurden unge bessert entlassen. 2 gebessert nach 39 bzw. 60 Suspensionen. Noch in Behandlung sind 21 Fälle. Von diesen sind als erheblich gebessert zu betrachten 4, als einigermaassen gebessert 12, als ganz unbeeinflusst 5.

Die Besserung erstreckte sich hauptsächlich auf die von Bernhardt angeführten Symptome.

Ueble Folgeerscheinungen wurden im ganzen nicht beobachtet, mit Ausnahme eines Falles, wo im Anfang einige Male Ohnmacht sich einstellte.

An der weiteren Discussion betheiligen sich die Herren: Rosenbaum, Moritz Meyer, Mendel, Moeli, Eulenburg, Remak, Oppenheim und Bernhardt.

III. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 8. Mai 1889.

307) *Diskussion über den Vortrag Moll: Therapeutische Erfahrungen auf dem Gebiete des Hypnotismus.* (s. Centralbl. Nro 9.)

Mendel begrenzt den Indicationskreis der Suggestivtherapie weit enger als Moll, einmal in der Erwägung, dass in den hypnotisirten Individuen eine acute, krankhafte Störung der Thätigkeit der grauen Hirnrinde erzeugt wird, wodurch bei wiederholten Versuchen die Gehirnfunktionen geschädigt werden, sodann weil in einer Reihe von Fällen die Hypnose direkt ungünstig wirkt: Hervorrufung hysteroepileptischer Anfälle u. s. w. Wenn auch die Hysterie das Feld für die Suggestivbehandlung bildet, so muss doch betont werden, dass die Hypnose in vielen Fällen überhaupt keine Wirkung erzielt oder, dass sie bei Recidiven im Stiche lässt. Sie ist nicht ein specifisches — wenn man es so bezeichnen darf — Heilmittel für die Hysterie, sondern nur ein palliatives, symptomatisches.

Sperling bringt casuistisches Material bei, welches die günstigen Heilwirkungen der Suggestion bei funktionellen Nervenaffektionen und organischen Läsionen darthut. In Fällen, wo alle anderen Mittel fehlschlagen, soll man zur Hypnose seine Zuflucht nehmen. Man brauche nicht zu fürchten, dass die Hypnotisirten Schaden litten.

Moll hebt hervor, dass die von Mendel urgirte Störung der Rindenthätigkeit nicht grösser sei als die im Schlafe eintretende physiologische Alteration der grauen Gehirnschubstanz. Die Hypnose ist zwar nicht ganz unschädlich, aber sie ist es nicht mehr wie andere Mittel, deren sich die Medicin zu Heilzwecken bedient. Gründe, die Ewald dem Redner persönlich mitgetheilt hat, dass auch die Laien hypnotisiren und dass mit der Suggestivtherapie der Boden der wissenschaftlich strebenden Medicin verlassen werde, will M. nicht anerkennen.

Virchow wünscht, dass die Indikationsstellung für die Anwendung der Hypnose schärfer präcisirt würde. Casuistisches Material liege ja genügend vor.

III. Referate und Kritiken.

308) S. Weir Mitchel: Aneurysm of an anomalous artery causing anterior-posterior division of the chiasm of the optic nerves and producing bitemporal hemianopsia. (Aneurysma einer abnormen Arterie, das Trennung der Opticuskreuzung und bitemporale Hemianopsie zur Folge hatte.) (The Journal of Nervus and Mental Disease. Jan. 1889 pag. 44.)

Krankheitsgeschichte: Patient, ein Mann von kräftiger Constitution, kam im Mai 1885 in ärztliche Beobachtung. Er hatte seit 18 Monaten Nachlass in der Sehschärfe des linken Auges, besonders nach der linken Seite hin, bemerkt. Das Uebel verschlimmerte sich allmählig, und 6 Monate später machte er am rechten Auge die glei-

che Beobachtung, was die rechte Seite des Gesichtsfeldes betraf. Vom Arzte wurde vollständige bitemporale Hemianopsie constatirt, ophthalmoskopisch fand sich partielle Opticusatrophie. Als Patient ein Jahr später in die Behandlung des Verfassers gelangte, hatte er noch über Taubwerden der Extremitäten im Schlafe und über Schmerzen in Schläfen- und Scheitelgegend zu klagen. Eine besondere Veränderung im Gesamtzustande des Patienten erfolgte im Laufe des nächsten Jahres nicht. Im Mai des Jahres 1887 starb derselbe plötzlich.

Obductionsbefund: Die Gefässe der pia mater waren stark gefüllt. Zwischen den optici lag eine grosse purpurfarbene Geschwulst, welche in der Sella turcica fest sass und die optici seitwärts gedrängt hatte. Vom Infundibulum und Chiasma war nichts mehr vorhanden. Statt dessen fand sich eine grosse Höhle, deren Wände unregelmässig und erweicht waren. Die Tractus optici waren zart und uneben. Der linke Opticus war kaum zu verfolgen, in der Gegend der zerstörten Chiasma glied er einem dünnen Fädchen. Was die Geschwulst betraf, so war sie von birnförmiger Gestalt und von der Grösse eines Eies. Mit dem schmälern Ende hatte sie an der Sella turcica festgesessen, mit dem breiteren war sie aufwärts gerichtet. Es liess sich feststellen, dass es sich um ein Aneurysma des Circulus Willisii handelte, wahrscheinlich aus einem abnormen Gefässe hervorgegangen. Zur mikroskopischen Untersuchung waren die betreffenden Hirnthelle in Folge mangelhafter Conservirung wenig geeignet. Indess liess sich eine verhältnissmässige Zunahme der Bindegewebszellen in beiden Sehnerven constatiren.

Zum Schluss findet sich eine grosse Zahl von Anomalien des Circulus Willisii aus der Literatur angegeben. Ascher.

309) **H. Schmidt-Rimpler:** Corticale Hemianopsie mit secundärer Opticusdegeneration. (Arch. f. Augenheilkunde, XIX. 3.)

„Der nachstehend mitgetheilte Fall bietet ein ungewöhnliches Interesse, indem er einmal gleichsam ein am Menschen angeführtes Experiment zur Bestätigung der Munk'schen Untersuchungen über den Sitz des Sehcentrums im Hinterhauptlappen bietet, andererseits uns Auskunft über die Lage der Nervenfasern im Opticus gibt, welche die hemianopische Netzhautpartie versorgen.“

H. Muhm, 33 J. alt, hatte sein linkes Auge im 9. Lebensjahr in Folge eines Trauma's verloren. Am 22. Febr. 1882 erhielt er durch einen Spatenhieb eine complicirte Splitterfractur des hinteren Theiles des rechten Scheitelbeines, einige Centimeter unterhalb der Sagittalverbindung beider Scheitelbeine gelegen. Unter chirurgischer Behandlung (W. Roser) der Wunde sowie des sich anschliessenden Hirnabscesses und Fungus gingen die bedrohlichen Erscheinungen zurück, eine linksseitige Hemiparese schwand bis auf ein Gefühl der Schwäche im l. Arm, es blieb nur die, gleich nach der Verletzung bereits bemerkte *Hemianopsie* des rechten Auges. Centrale Sehschärfe, Refraction und Accommodation, Lichtsinn und ophth. Befund waren normal (etwas blasse temporale Papillenhälfte?). Auch die erhaltene, rechte Hälfte des Gesichtsfeldes hatte normale Grenzen für weiss und Farben. Die

linke Hälfte fehlte; „die Trennungslinie geht nicht ganz senkrecht durch die Macula, indem, wie das häufiger beobachtet wird, die sehende Zone noch ca. 5—8° in der Gegend des Fixationspunktes die Mittellinie überschreitet und auch im oberen Gesichtsfelde etwas über die Verticale hinausragt“. Dieser Befund blieb genau derselbe bis zum Tode (Sept. 1887, an Tuberculose). Die Pupille war frei beweglich, die Netzhaut reflexempfindlich; in den letzten Jahren wurde eine Verminderung der RE der blinden Netzhauthälfte deutlich nachweisbar, während vorher die diesbezügliche Prüfung „unsichere und schwankende Resultate“ ergeben hatte.

Die Untersuchung des gehärteten und nach Weigert (u. A.) gefärbten rechten Sehnerven ergab: die Lage der atrophischen, die temporale Netzhauthälfte versorgenden Nervenbündel war bei den verschiedenen Querschnitten eine wechselnde: In der Nähe des Foramen opticum nahmen sie einen schmalen Saum ein, der etwa die Hälfte der Peripherie des Nerven umfasste und zwar so, dass die Mitte dieser Sichel innen (nasal) — unten lag. (Die nasale Spitze der Sichel ragte also höher nach oben als die temporale). Weiter nach dem Bulbus zu, in der Nähe des Arterieneintrittes, trat eine Veränderung dieser Lage ein: es schob sich ein Keil gesunder Nervensubstanz in die innere — untere, atrophische Peripherie des Opticus ein (die atrophische Sichel in zwei Hälften theilend). Noch mehr nach dem Bulbus zu verbreiterte sich die Spitze jenes Keiles, so dass an der Stelle, wo die Vene eintritt, ein breites Querband normaler Substanz mitten durch den Opticus zieht, oben und unten von einer peripheren Sichel atrophischer Substanz begrenzt. Diese Lage tritt auch dicht am Bulbus hervor.

Dieser Befund stimmt, wie Verf. betont, sehr wohl mit den Ergebnissen von Samelsohn, Vossius, Bunge u. A., wonach die die maculare Partie der Netzhaut versorgenden Nervenfasern in der Gegend des Foramen Opticum das Centrum des Sehnerven einnehmen, in der Nähe des Bulbus einen temporalen Sector in denselben darstellen, lässt sich aber nicht vollkommen in Einklang bringen mit den Untersuchungen von Uthoff, Jatzow und Siemerling (s. dies. Chl. 1888, Ref. 357), nach welchen die ungekreuzten Fasern eines Tractus auf der *lateralen* Seite des Nerven liegen sollen.

Heddaeus.

310) **J. Pail** (Wien): Ueber einen Fall von Muskelatrophie mit nervösen Symptomen. (Wien. klin. Wochenschr. 1889. Nro. 10.)

Der hier mitgetheilte Fall macht die Diagnose, ob es sich um eine mit einem nervösen Process im Zusammenhang stehende Muskel-erkrankung handelte, ungemein schwer.

Es handelte sich um einen 24 jährigen Tagelöhner, der in die I. medicinische Abtheilung des Prim. Dr. Standhartner am 4. November 1888 aufgenommen wurde. Im 2. Lebensjahre soll Patient nach einem eclamptischen Anfalle Lähmung der rechten Körperhälfte erlitten haben, welche zurückging. Im 20. Lebensjahre bemerkte der

Kranke, dass seine Muskeln voluminöser wurden, während er sich immer schwächer fühlte. Die Zunahme der Muskeln hatte zuerst links und bald darauf rechts statt. Vor 1½ Jahren zum ersten Male anfallsweise tonische Krämpfe der rechten Extremitäten; zur selben Zeit selbstständige Bewegungen der Finger der rechten Hand, Verlangsamung der Sprache, Schmerzhaftigkeit der rechten Schultergegend und besonders rechtsseitige Hyperidrosis.

Status. Muscul. frontalis verdickt, hypertrophisch. Tonus der Muskulatur der rechten Gesichtshälfte scheint zu überwiegen. Pupillen ungleich, rechte etwas weiter. Rechte obere Extremität 1 cm. kürzer, als linke.

	rechts	links
Oberarm in gestreckter Stellung des Ellbogengelenkes	26,5 cm.	28 cm.
Vorderarm unterhalb des Ellbogengelenkes	26,5 „	27,5 „
Oberschenkel (Mitte)	46 „	50,5 „
Waden	32 „	34 „

Auf beiden Seiten ergibt die Prüfung der Muskelkraft eine dem Muskelquerschnitt durchaus nicht entsprechende Functionsfähigkeit. Die Bewegungen der Finger der rechten Hand erinnern an Athetose. Tonische Krämpfe der rechten oberen Extremität. Active Bewegungen rechts bedeutend verlangsamt. Sensibilität normal. Reflexe gesteigert, rechts Fuss- und Patellarclonus, links andeutungsweise Fussclonus. Kniereflexe links sehr lebhaft. Hyperidrosis besonders rechts.

Mikroskopische Untersuchung eines Stückchens excidirten Biceps rechts: Hyperämie, Vermehrung der Kerne in geringem Grade. Normale elektrische Verhältnisse. Systolisches (schwaches) Geräusch an der Herzspitze.

Die nachweisbare (klinisch und anatomisch) Muskelhypertrophie würde nach Fr. Schultze für primäre Myopathie entscheidend sein, während das Vorhandensein nervöser Symptome (Steigerung der Reflexe) dieselbe ausschliesst. Verf. möchte die erste Behauptung Schultze's dahin erweitern, dass sie sich auf Muskelhypertrophien bezieht, welche mit Atrophien vergesellschaftet sind. Von den nervösen Symptomen ist im vorliegenden Fall nur die Steigerung der Reflexe auf einen in früher Jugend erworbenen Herd zurückzuführen. Die Entscheidung, wie dieser Fall aufzufassen ist, fällt demnach schwer und ist zur Zeit nicht möglich.

Goldstein.

311) H. Rieder: Neuritis im Gebiete des Nervus medianus.

(Münch. med. Wochenschr. Nro. 12. 1889.)

Frau A. B. 53 Jahre alt, vor 1 Jahre reissende Schmerzen in beiden Händen, vor 3 Monaten Krämpfe in denselben, besonders in der rechten. Zur Zeit starke Schmerzen beider Daumen, Zeige- und Mittelfinger. Bei der Inspection der rechten Hand sieht man leichte Einsenkung im dorsalen Interstitium von Daumen- und Zeigefinger. Daumenballen etwas atrophisch. Contraction des Adductor, Opponens und Flexor pollic. brev. sehr beschränkt. In der Umgebung der Daumenmuskulatur Hyperalgesie und Parästhesie. Verf. fasst den Fall als

localisirte Perineuritis auf, analog der durch Druck des Plätteisengriffes bei Plätterinnen vorkommenden. Pat. hat viel gestrickt in ihrem Leben. Therapie: absolute Ruhe, stabile Anodenbehandlung, Antipyrin. Verminderung der Schmerzempfindung und Besserung des Schlafes.

Goldstein.

312) Goldstein (Aachen): Die Krankheiten des Nervensystems.

313) G. Mayer (Aachen): Tabes dorsalis.

(Aachen als Kurort. Bearbeitet von Dr. Dr. Alexander, Beissel, Brandis, Goldstein, Rademaker, Schumacher, Thissen. Herausgegeben im Auftrage der Stadtverwaltung. Mit 2 lith. Tafeln. Aachen, C. Mayer's Verlag. 338 Seiten mit Register.)

Die städtische Verwaltung zu Aachen hat sich ein unbestreitbares Verdienst mit der Herausgabe des vorliegenden Buches erworben und die Aerzte, die in demselben den gesättigten Niederschlag ihrer reichen, an den Aachener Thermen gesammelten Erfahrungen zur Darstellung gebracht haben, dürfen des Dankes der Collegen sich versichert halten. Nicht das, was Aachen als Curort leisten kann oder *könnte*, wird hier als balneologische Reclame ausgespielt, sondern das, was die Heilkräfte Aachens bei richtiger Benutzung geleistet *haben*, wird vorgeführt. Und es berührt angenehm, dass auch Misserfolge nicht verschwiegen werden, sintemalen solche Fälle gemeiniglich die lehrreichsten sind.

Trotzdem nun die Anwendungsweise und Wirkung der Aachener Thermalwässer von den so verschiedenen Standpunkten des inneren Mediciners, des Chirurgen, des Neurologen, des Haut- und Augenarztes besprochen werden, zieht sich doch durch die 13 klinischen Aufsätze ein überall erkennbares Band innerer Zusammengehörigkeit und gemeinsamen Strebens, eine Thatsache, die geeignet erscheint den Genius loci collegialis in ein überaus günstiges Licht zu setzen. Es ist dieser inneren Verbindung wegen auch schwierig einzelne Abschnitte aus dem Ganzen herauszureissen und einer gesonderten Besprechung zu unterziehen und ich betone, dass dies nur zum Nachtheil dieser einzelnen Abschnitte geschieht. Aber Zweck und Ziele unseres Centralblattes gestatten nicht anders zu verfahren. Wenn ich daher nur die Arbeiten Goldstein's und G. Mayer's hier berücksichtige, so empfehle ich gleichzeitig das Studium der übrigen Arbeiten, in denen zahlreiche Berührungen mit neurologischen Fragen vorkommen, und die eine Fülle belehrender Mittheilungen enthalten. Auch der allgemeine Theil des Buches, in welchem geschichtliche und naturgeschichtliche Verhältnisse, sowie die physiologische Wirkung der Aachener Thermen abgehandelt werden, sind einer eingehenden Kenntnissnahme durchaus werth.

Goldstein hat sich die Aufgabe gestellt, ein „einigermassen übersichtliches Bild zu entwerfen von den Nervenkrankheiten, die in Aachen *mit Erfolg* behandelt werden“. Dabei lag die Gefahr nahe unter dem specifischen Gesichtswinkel von Aachen eine Symptomatologie der Nervenkrankheiten zu schreiben. Der Verf. ist aber mit grossem Geschick dieser Gefahr ausgewichen und hat eine Arbeit geliefert, die

durch die Verquickung eigener Erfahrung mit fremder Forschung und durch ihre vergleichende Betrachtung der vorhandenen Stoffe zu einem interessanten Essai geworden ist. Er behandelt zuerst die Neuralgien, besonders die Ischias, dann die Lähmungen, an die er Bemerkungen über Neuritis, besonders die Pseudotabes alkoholica knüpft, wobei die „spirituöse Vorgeschichte“ der vermeintlichen Tabes gebührend hervorgehoben wird. Ein weiteres Capitel handelt über functionelle Neurosen. Ich bin mit dem Verf. ganz darin einverstanden, wenn er für diese Klasse von Krauken Kaltwassercuren für besser hält, muss ihm aber darin widersprechen, wenn er behauptet, dass die „Neurasthenie eine Affection ist, die der Arzt und nicht die Arznei heilt“. In diesen Worten Goldstein's finde ich die gang und gäbe Verwechslung oder Identificirung der Neurasthenie mit der Hysterie und Hypochondrie, sehe ich den Ausdruck eines weitverbreiteten, verhängnissvollen Irrthums. Die Abschnitte „Krankheiten des Rückenmarks“ und „Krankheiten des Gehirns“ zeigen den Verf. auf der Höhe der Leistungsfähigkeit. Was er als Pathologe, als Literaturkenner und als pathologisch-balneologischer Kritiker hier bietet, verdient vollen Beifall, und wenn er sich über doctrinäre Zweifel und theoretische Streitfragen hinwegsetzt und einzig und allein die Wiederherstellung seiner Patienten als Ziel energisch anstrebt und alle Wege ebnet, die zu diesem Ziele führen, dann steht er auch auf der Höhe der klinischen Leistung als Therapeut.

Die eingestreuten Krankengeschichten beleben die Darstellung in angenehmer Weise.

G. Mayer behandelt die *Tabes dorsalis* in ebenso feinem wie sicherem Vortrage. Aber diese Sicherheit, die durch die Klarheit persönlicher Beobachtung und Erfahrung dictirt wird, grenzt weder an Ueberhebung noch Anmassung, sie erzeugt im Gegentheil bei der Lecture die Vorstellung von der Bescheidenheit wahrer Grösse.

„Die Prognose der Tabes bei antisypilitischer Behandlung“ lautet die Aufgabe des Verfassers. Er referirt über 73 Fälle echter Tabes. Nur in zweien von diesen 73 wurde eine syphilitische Infection nicht zugegeben; es bleiben also für die Statistik noch 71. Davon wurden durch die antisypilitische Behandlung

nahezu geheilt . . .	4
sehr gebessert . . .	19
gebessert . . .	11
nachträglich gebessert . .	1
nicht gebessert . . .	22
Erfolg unbekannt . . .	14.

Daraus berechne ich einen mehr weniger günstigen Erfolg in der Hälfte der Fälle, ein Ergebniss, welches in grellem Widerspruch zu den Aeusserungen Naunyn's u. A. steht. Auf die Einzelheiten dieser in der Arbeit G. Mayer's weiter ausgeführten statistischen Angaben kann ich hier nicht eingehen. Nur des Verfassers Ansicht über die Stellung der Syphilis in der Aetiologie der Tabes will ich hier noch kurz wiedergeben. „Schon das auffallende Missver-

verhältniss zwischen beiden Geschlechtern — Verf. sah im Ganzen 4 tabische Weiber gegen 91 tabische Männer —, welches jedenfalls grösser ist, als das bezügliche procenterische Verhältniss der Syphilis überhaupt, deutet schon darauf hin, dass auch sonst noch Gründe für das vorwiegende Befallensein der Männer vorhanden sind. Nun wird aber wohl bei jedem im Gefolge der Syphilis auftretenden Localaffect noch ein Grund vorhanden sein, warum in dem bestimmten Falle das speciell ergriffene Organ betroffen wird, in einem anderen Falle ein anderes. Es gehört also selbstverständlich noch eine Gelegenheitsursache dazu, um Tabes zu erzeugen, und dazu können anstrengende Märsche, Erkältungen besonders der unteren Extremitäten, vielleicht auch Excesse in venere gehören. Dass auch Traumen, welche die unteren Extremitäten betreffen, eine Rolle spielen können, davon hat mich meine Erfahrung überzeugt.“ Also Syphilis: prädisponirendes Moment, zu dem noch eine Gelegenheitsursache hinzukommen muss. Als solches bezeichnet Verf. im weiteren Verlaufe seiner Auseinandersetzungen auch *abusus spirituosorum*. Warum die genannten Gelegenheitsursachen bei Weibern nicht wirksam sein sollen, bei denen sie zweifellos vorkommen, wird leider nicht gesagt. Eine Prophylaxe der Tabes würde also für Jeden, der syphylitisch infectirt war, darin bestehen, in jeder Beziehung sich einer massvollen Lebensweise zu befleissigen und sich vor jeglicher Ueberanstrengung zu hüten.

Das wäre in grossen Zügen der Hauptinhalt einer Arbeit, die grösste Verbreitung verdient. Erlenmeyer.

314) **Henri S. Upson**: On gold as a staining agent for nerve tissues. (Gold als Färbemittel für Nervengewebe.)

(The Journal of Nervous and Mental Disease. Novbr. 1888. pag. 685.)

2 Goldfärbemethoden giebt es für gehärtetes Gewebe. Nach der einen wird der Schnitt 5 Minuten in eine Lösung von Palladiumchlorid gelegt und kommt dann 24 Stunden in eine saure Lösung von Goldchlorid. Nach der zweiten Methode wird das in Müller'scher Flüssigkeit gehärtete Gewebe in 1⁰/₁₀ Goldchloridlösung gelegt, worin dasselbe 4—6 Stunden bleibt. Dann kommt es nach einander in Aetznatron und Jodkalilösung. Doch ist die Methode unzuverlässig.

Verf. empfiehlt folgende Methode: Das Gewebe kommt 2—5 Monate in Müller'sche Flüssigkeit. Nachdem es dann einige Minuten in Wasser abgewaschen ist, kommt es 1 oder 2 Tage in 50⁰/₁₀₀, darauf in 95⁰/₁₀₀ Alkohol, worin es 2 Monate oder länger liegen bleibt, bis es eine grüne Farbe angenommen hat. Dann ist es einzubetten und zu schneiden. Vor der Färbung müssen die Schnitte einige Tage bis zu mehreren Wochen in Alkohol liegen. Der Schnitt kommt alsdann in eine 1⁰/₁₀ wässrige Lösung von Goldchlorid, worin man ihn 10—30 Minuten lässt. Nach oberflächlichem Abwaschen kommt er in eine 10⁰/₁₀₀ Lösung von Natriumhydrat. Nach abermaligem Abwaschen wird er in eine frisch zu bereitende reducirende Flüssigkeit gelegt, worin er innerhalb weniger Minuten eine lebhafte rothe Farbe annimmt. Die Flüssigkeit besteht aus 5 Ccm Acidum sulfurium, 5—10 Tropfen 5⁰/₁₀₀ Jod-

tinctur und 1 Tropfen 37⁰/₀ Eisenchloridlösung. Nach Abwaschen des Schnittes in Wasser, wird er in gewöhnlicher Weise in Canadabalsam eingelegt. An mit Goldchlorid gefärbten Schnitten sieht man in der grauen Substanz des Rückenmarks ein Ueberwiegen der marklosen über die markhaltigen Nervenfasern. Ascher.

315) **F. H. Bosworth** (New-York): Laryngeal and pharyngeal paralysis. (Paralysen des Larynx und des Pharynx.)

(The Journal of Nervous and Mental Disease. Januar 1889. pag. 12.)

Wirkliche neuropathische Lähmungen im Gebiete des Larynx und des Pharynx sind als Symptome einer Läsion der Medulla aufzufassen, ausgeschlossen sind Lähmungen nach Diphtherie und in Folge von Druck auf den Recurrens.

Eine grosse Zahl selbst beobachteter sowie der Literatur entnommener Fälle werden zum Beweise angeführt. Ascher.

516) **C. H. Hughes** (St. Louis): Persistent spasm of the levator anguli scapulae muscle. (Krampf des Musculus levator anguli scapulae.)

(The Alienist and Neurologist. Januar 1889. pag. 24.)

Verf. berichtet kurz über das Vorkommen von Krampf des oben genannten Muskels bei einem zweijährigen nicht belasteten Kinde. Die Ursache desselben sei in einem entzündlichen Prozess der Rückenmarkshäute zu suchen, am Ursprunge des Plexus brachialis, von welchem auch der betreffende Muskel innervirt wird. Ascher.

317) **Th. Ziehen** (Jena): Die diagnostische Bedeutung der Steigerung des Kniephaenomens und des Fussclonus.

(Correspondenz-Blätter des Allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1889. Nro. 1.)

Kniephaenomen und Fussclonus sind nach Verf. von gleichem, nämlich directem Muskelursprunge. Das klinische Vorkommen des Fussclonus geht fast ausnahmslos der Steigerung des Kniephaenomens parallel. Eine beiderseitige Steigerung des Kniephaenomens ist practisch nur dann als krankhaft und bedeutsam anzusehen, wenn gleichzeitig Fussclonus besteht. Besteht

1. Fussclonus ohne markante andere objective Symptome, so soll das an Epilepsie oder Neurasthenie denken lassen.

2. Fussclonus mit sensibler und sensorieller Hemianaesthesiae, so soll man an Hysterie denken.

3. Fussclonus mit hochgradigen Atrophieen an amyotrophische Lateralsclerose.

4. Fussclonus mit Intentionszittern an multiple Sclerose.

5. Fussclonus mit spastisch-paretischem Gang an spastische Spinalparalyse und progr. Paralyse.

6. Fussclonus mit Sprachstörung und Schwachsinn an progr. Paralyse, multiple Sclerose und ev. Epilepsie.

7. Fussclonus mit Anaesthesiae und Lähmung der unteren Körperhälfte an Dorsal- oder Cervical-myelitis.

Eine einseitige Steigerung des Kniephaenomens mit oder — seltener — ohne Fussclonus ist stets als krankhaft und bedeutsam anzusehen. Einseitiger Fussclonus bei Hemiplegie oder Monoplegie des Beines lässt meist eine spinale organische Affection ausschliessen und an eine cerebrale organische oder hysterische Affection denken.

Friedländer (Frankfurt a. M.).

318) A. Hückel (Tübingen): Ueber psychische Lähmung und ihre Behandlung. (Münch. medic. Wochenschr. Nro. 12 und 13. 1889.)

Verf. behandelt die Lähmungen bei Hysterie, welche Krankheit mit vollem Rechte als eine psychische zu bezeichnen ist. Sämmtliche Symptome derselben sind psychischer Natur, mögen sie als abnorme Steigerung der Functionen, wie Hyperästhesie und Krämpfe oder als Hemmungserscheinungen imponiren, wie Anästhesie und Lähmung. Begleiten Contracturen und Gelenkschmerzen die Lähmung und glaubt der Arzt, eine periphere Erkrankung vor sich zu haben, so kann durch allzugrosse Operationslust erhebliches Unheil gestiftet werden.

Während in einzelnen Fällen die psychische Lähmung ohne Weiteres als solche zu erkennen ist, indem nur die Bewegungsfähigkeit gewisser Muskelgruppen in Bezug auf gewisse Functionen aufgehoben ist, so wird die Diagnose andererseits bedeutend schwieriger, wenn die Motilität in gewissen Muskelgebieten ganz aufgehoben ist. Der Mangel trophischer Störungen lässt dann eine periphere Lähmung mit Sicherheit ausschliessen. Der Wechsel in der Intensität bei Contracturen, indem sie bei plötzlichen Gemüthsbewegungen zu- oder abnehmen, lässt häufig die psychische Ursache erkennen. Doch bleiben namentlich bei Männern die Erscheinungen oft lange Zeit stationär.

Sicherlich ist es kein Zufall, dass gerade die häufigste psychische Lähmung, die Stimmbandlähmung, Muskeln betrifft, deren Function schon in physiologischer Weise durch gemüthliche Vorgänge so sehr beeinflusst wird. Die hysterische Aphonie ist aber auf eine Störung im Gemüthsleben zurückzuführen, deren letzte Ursache dem Arzte, wie dem Kranken selbst entgeht, indem dieselbe in der nicht klar bewussten Sphäre der niederen psychischen Functionen liegt. Die direkte Ursache des glänzenden Erfolges der Elektrizität ist aber nicht in der Wirkung der letzteren auf die Kehlkopfnerven, sondern in dem ausgeübten psychischen Effekt zu suchen. Methodisches Ueben der Stimme macht die häufigen Recidive seltener.

Nach den Kehlkopfmuskeln sind es beide Unterextremitäten, die am häufigsten von psychischer Lähmung befallen werden. Machen sich ja auch im gewöhnlichen Leben stärkere Gemüthsbewegungen durch Unsicherheit im Stehen und Gehen geltend. Diese vorübergehende Parese wird bei prädisponirten Individuen zur Paralyse, besonders nach Sturz oder Unglücksfällen aller Art. Ist ein Trauma vorhergegangen, so liegt die Gefahr, transversale Myelitis zu diagnosticiren, sehr nahe. Eine Seitensträngsclerose auszuschliessen, wird meist die Anamnese erlauben, wie denn überhaupt die Unbeständigkeit der Erscheinungen die psychische Ursache oft erkennen lässt.

Erstes, unbedingtes Erforderniss zur Heilung ist, dass der Kranke wirklich gesund werden *will* und an die Möglichkeit einer Genesung glaubt. In vereinzeltten Fällen, wenn der Arzt für eine Autorität gilt, wird sein Machtspruch Wunder bewirken können und die Lahmen mit einem Male gehen machen können. Im allgemeinen ist der Versuch mit Machtsprüchen nicht rätlich und viel sicherer ist eine langsam vorbereitende Methode, bei welcher der psychische Effekt natürlich die Hauptsache bleibt. Auch lässt sich die Erregung von Affekten für die Therapie hie und da verwerthen. Am besten ist es, durch Einwirkung auf die körperlichen Gefühle psychische Erregungen von genügender Stärke hervorzubringen. Der Inductionsstrom bietet dazu ein ausgezeichnetes Mittel. Von Vortheil ist es, wenn mehrere Aerzte bei der ersten Application anwesend sind, indem dadurch die ganze Procedur dem Kranken als etwas Aussergewöhnliches erscheint.

Der Erfolg bleibt namentlich dann aus, wenn Electricität schon früher in verkehrter Weise angewandt wurde, z. B. zu einer Zeit, wo die Kranken noch unter dem Banne des Glaubens an eine Rückenmarkskrankheit standen. Die Hauptsache bei allem, was der Arzt unternimmt, ist die, niemals Unsicherheit zu zeigen oder von dem einmal festgestellten Heilplane abzuweichen. Ausser der Electricität wirken noch eine Menge Mittel, alle auf psychischem Wege: Metalle und Magnete nicht minder, wie die Aqua colorata und Pillen aus Brodkrummen etc. der Schäfer und Kräuterweiber. Hierher gehören auch die Fälle von sogenannten Wunderheilungen, bei denen ja die Lahmen eine so grosse Rolle spielen. Solche Wunder sind durchaus nicht in Zweifel zu ziehen, nicht als eitel Humbug oder Simulation abzuweisen, nur der Rückschluss auf die psychische Natur des Leidens ist zu machen. An dem Wohnsitze des Ref. werden zur Zeit der Heiligthumsfahrt jedesmal derartige Curen mitgetheilt. Stellen sich bei der hysterischen Hemiplegie mit dem Auftreten der Lähmung Contracturen ein, so ist die Diagnose leichter, als wenn es sich um eine schlaaffe Lähmung handelt; charakteristisch aber ist, dass die schlaaffe Lähmung oft über die Zeit hinaus bestehen bleibt, dass das gelähmte Bein gar nicht vom Boden erhoben wird, im Gegensatz zur Herderkrankung des Gehirns. Als Hauptmerkmal zur Differentialdiagnose wird angeführt, dass bei psychischen halbseitigen Lähmungen nur in den seltensten Fällen Facialis und Hypoglossus betheiligt seien. Aber auch in den Ausnahmefällen besteht nicht Lähmung der fraglichen Nerven, sondern es bestehen abnorme Contractionszustände in den entsprechenden Muskelgebieten der scheinbar gesunden Seite. Die Ursache der Hemianästhesie und Hemiparese ist nicht in rein anatomischen Verhältnissen gelegen, die Häufigkeit in gewissen Ländern (Frankreich) lässt sich nur in einer gewissen Disposition der Individuen finden.

Verf. macht hinsichtlich der Pathogenese darauf aufmerksam, dass ein subjectives Gefühl einseitiger Schwäche, wie der Vergleich der rechten und linken Körperhälfte mit sich bringt, in einer Art von Circulus vitiosus wieder beeinträchtigend zurückwirken könne auf die

Sensibilität und Motilität der betreffenden Extremitäten. Dass die vom Nerv. facialis versorgten Gesichtsmuskeln so selten an der psychischen Hemiplegie sich betheiligen, hängt wohl damit zusammen, dass sie viel seltener als die Extremitätenmuskeln auf einer Seite allein willkürlich contrahirt werden. Dass nicht Anämie einer Gesichtshälfte die Ursache der hysterischen Hemianästhesie und Hemiplegie ist, dafür spricht ausser den Heilungen auf rein psychischem Wege auch der Transfert, der seinen letzten Grund nur in Vorstellungsänderungen haben kann.

Von psychischen Monoplegien ist die Lähmung oder Contractur eines Armes am häufigsten. Sie richten sich in ihrer Ausdehnung meistens nicht nach anatomischen Verhältnissen, sondern nach der äusseren Form und Function der Körpertheile. Die Behandlung ist dieselbe wie bei den psychischen Lähmungen; ein nicht unwichtiger Factor ist, dass die Kranken fortwährend unter ärztlicher Leitung stehen, womöglich den früheren psychischen Einflüssen entzogen. Die Aehnlichkeit psychischer Lähmungen mit Paralysen, welche in der Hypnose durch Suggestion hervorgebracht werden können, ist unverkennbar. Autosuggestion findet bei manchen Personen auch im wachen Zustande statt. Namentlich nach einem Trauma bildet sich der fragliche Zustand häufig aus, selbst mit einer Incubationszeit von Stunden bis Tagen. „Für das Haftenbleiben der durch ein Trauma angeregten Vorstellungen ist ein besonderer Geisteszustand Bedingung. Dieser wird aus langer Hand vorbereitet sein durch die ganze allmählig entstandene Richtung der Gefühle und Stimmungen des Betreffenden. Der mit dem Unglücksfall verbundene psychische Chock ist nicht die alleinige Ursache, wenn auch wohl erst durch ihn die Seele vollends aus dem labilen Gleichgewichtszustand geworfen wurde.“

Gewiss sind nicht alle psychischen Lähmungen auf Autosuggestion zurückzuführen und ausschliesslich auf psychologischem Wege entstanden, sie beruhen nicht alle auf abnormen Gefühlen und daran sich anschliessenden lähmenden Vorstellungen, sondern es bestehen sicherlich im centralen motor. Apparate ähnlich feinste, anatomisch nicht zu findende Veränderungen, wie diejenigen es sind, welche der Störung der niederen Function zu Grunde liegen müssen und somit hat jede psychische Lähmung ihren letzten Grund in abnormen dynamischen Vorgängen in den Ganglienzellen der Grosshirnrinde.

Goldstein.

319) **Morrison** (Wandsworth): Reflections on the theories of criminality. (Erörterung über Verbrechertheorien.) (The journal of mental science. April 1889. pag. 14.)

Auf anthropologische, sociale und kosmische Ursachen lassen sich die Verbrechen zurückführen. Die Behauptung, dass nur die gesellschaftliche Lage am Verbrechen Schuld hat, wird schon dadurch widerlegt, dass nur wenige aus den grossen Massen des Volkes, die in gleichen Verhältnissen leben, zu Verbrechern werden und an diesen wenigen findet man einen höheren Procentsatz von körperlichen und geistigen Anomalien. Was die kosmischen Einflüsse betrifft, so steht

fest, dass das Klima, Wechsel der Jahreszeiten und der Temperatur auf die criminalistische Statistik Einfluss haben. Um nun zu sehen, wie weit sich der Einfluss jener drei Ursachen erstreckt, muss man jeden einzelnen Fall nach diesen Richtungen hin studiren.

Von diesem Gesichtspunkte ausgehend giebt Verf. die Geschichte eines Mörders und sucht die Ursachen seines Verbrechens zu ergründen. Der betreffende exmittirt, da er die Miethe nicht hatte zahlen können, tödtete im Zorn das eigene Kind. Indem Verf. nun die Motive zur That genau zergliedert, findet er zunächst als activen Factor den plötzlichen Ausbruch des Zornes vereint mit dem übermässigem Wunsche nach Rache, so dass die Handlung in unbewusstem Zustande geschah. Aber auch dieser kranke Impuls kann nur einem besonders dazu disponirten Individuum entstammen. Hereditäre Belastung, Hang zum Trinken, längeres Fieber spielen bedeutsame Factoren in seiner Lebensgeschichte. Körperlich lassen sich Degenerationszeichen nachweisen, psychisch bestehen Defecte des Gedächtnisses und Leidenschaftlichkeit des Characters. Dazu kommen nun ökonomische Ursachen, die Arbeitslosigkeit und die Mittellosigkeit in Folge derselben. Der Mord ist demnach das Resultat unglücklicher socialer Verhältnisse, welche eine criminell veranlagte Person betrafen. Ascher.

320) J. Wagner (Wien): Neuralgie und Psychose.

(Jahrbücher für Psychiatrie. 8. Bd. 3. Heft. 1889.)

Bekanntlich spielen Neuralgien vielfach eine Rolle, sei es als Grundlage von Psychosen, sei es als Ursache einzelner Wahnideen. Besonders gewürdigt wurde ihr Zusammenhang von Griesinger. W. theilt zunächst einen Fall mit, wo eine Psychose durchaus abhängig war von der bestehenden Neuralgie. Bei einer 31 jährigen Frau traten unmittelbar, nachdem sie vom Wochenbette aufgestanden war. Kopfschmerzen und ein Augenleiden auf; letzteres konnte durch augenärztliche Behandlung nicht beseitigt werden. Pat. wurde bald ängstlich, aufgereggt, schlaflos und brachte eine ganze Reihe hypochondrischer Wahnideen, die mit ihrem körperlichen Leiden direkt in Zusammenhang standen, vor. Nach zwei Monaten verschwand die Neuralgie auf einige Zeit und zugleich wurde Pat. völlig klar und erklärte selbst die früheren Klagen und Wahnideen als Unsinn und Uebertreibung. Von da an trat die Neuralgie und damit auch die Psychose nur mehr anfallsweise auf und verschwand nach weiteren 3 Monaten völlig. Es handelte sich also hier nach Griesinger's Nomenclatur um eine Dysthymia neuralgica frontalis. In anderen Fällen geht die Neuralgie einem Anfall von psychischer Störung, einer Gewaltthat voraus, wie die Aura einem epileptischen Anfall; es haben diese Anfälle in der That die grösste Aehnlichkeit mit den psychischen Aequivalenten der Epilepsie. Griesinger nannte sie: Dysthymia neuralgica transitoria. W. theilt folgenden hierher gehörigen Fall mit: Ein 25jähriger Mann leidet seit einem vor 2 bis 3 Jahren erlittenen Sturze an Anfällen psychischer Erkrankung, die 2 bis 3 mal im Jahre vorkommen, besonders nach Genuss von Schnaps. Pat. wird dann plötzlich von überaus heftigem Kopf-

schmerz befallen, wird gewaltthätig, hallucinirt und bekommt klonische Krämpfe; zugleich ist er hochgradig benommen. Dieser Zustand hält einige Tage an. Die Erinnerung an diesen Zustand ist nachher eine sehr lückenhafte.

Strausheid.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

Aerztlicher Verein im Herzogthum Salzburg.

Sitzung vom 15. März 1889. (Oesterr. ärztliche Vereinszeitung 1889. Nro. 8.)

321) Halbeis: *Ueber die Behandlung schmerzhafter Zustände mittelst Aufstübungen von Monochlormethan*, eines Verfahrens, welches sowohl in Oesterreich als in Deutschland noch wenig gekannt ist, während es sich in Frankreich einer vielfachen Anwendung und Anerkennung erfreut. Ein schwerer, allen möglichen Mitteln trotzens Fall von Ischias gab Redner Veranlassung, sich mit demselben näher bekannt zu machen. Es handelte sich um eine 63jährige Frau mit einer seit 5 Monaten bestehenden, beiderseitigen Ischias, deren täglich mehrmalige Anfälle bald spontan, bald bei der leisesten Bewegung auftraten, sich über die ganze Kreuz- und Lendengegend, die hintere Seite der Ober- und äussere Seite der Unterschenkel erstreckte und mit Atrophie und Parese der unteren Extremitäten begleitet waren. Im weiteren Verlaufe entwickelten sich weitere schwere Störungen des Allgemeinbefindens und ein zunehmender Kräfteverfall. Sogenannte Ableitungsmittel, schwache constante Ströme schafften nur vorübergehende Linderung, so dass schliesslich nur durch ergiebige Morphinumjectionen erträgliche Nächte geschaffen werden konnten. Ende Januar trat eine rechtsseitige Pneumonie des Unterlappens auf. Merkwürdiger Weise sistirte während der dreiwöchentlichen Dauer derselben die Ischias. In dem Maasse jedoch, als die Athemnoth sich besserte und die Kranke zu reconvalesciren schien, stellten sich die gewohnten Schmerzen mit erneuter Heftigkeit wieder ein, weshalb sich Redner entschloss, noch einen Versuch mit der von französischen Aerzten gerühmten Behandlungsweise zu unternehmen.

Das Monochlormethan (Methylchlorür, Chlormethyl), von der Formel $\text{CH}^3 \text{Cl}$ stellt ein farbloses, nach Aether und Chloroform riechendes, süsslich schmeckendes, mit grünlicher Flamme brennendes Gas dar. Durch Druck oder starke Abkühlung wird es zu einer farblosen, leicht beweglichen Flüssigkeit. Die Verpflüchtigung geht bei einer Temperatur von -23^0 vor sich und ist im Stande, eine Temperaturerniedrigung bis auf -55^0 hervorzurufen. Nach einem von Prof. C. Vincent angegebenen Verfahren wird dasselbe im Grossen auf dem Hüttenwerke von V. Brignonnet et fils in St. Denis fabricirt und durch die Fabrik Billault in Paris in den Handel gebracht. Debove war der erste, welcher sich von der günstigen Wirkung dieser Methode bei verschiedenen schmerzhaften Zuständen an einer Reihe von Kranken überzeugte, worüber er in einer Memoire in der Sitzung der Société des hopitaux vom 8. August 1884 Mittheilung machte. Der von ihm

zu diesem Zwecke verwendete, nunmehr wesentlich verbesserte Apparat besteht aus einem Recipienten oder Syphon aus Kupfer, welcher das genannte Gas, und zwar in flüssigem Zustande enthält. Letzteres wird durch einen geeigneten Ansatz und entsprechende Schraubenstellung mit einem Pulverisateur in Communication gebracht und die Stärke des aus demselben mit grosser Gewalt sich ergiessenden Strahles durch eine Mikrometerschraube regulirt. Die Wirkungen welche derselbe auf der Haut hervorbringt, sind folgende: Sobald der Strahl die Haut trifft, tritt eine sofortige Entfärbung ein; die Haut wird schneeweiss und brettthart; bei weiterer Einwirkung, insbesondere bei Application damit befeuchteter Tampons bildet sich schnell eine grubenförmige Vertiefung, welche mit einem steilen, wallartigen Rande umgeben ist. Fasst man das betreffende Hautstück mit der Hand, so hat man die Empfindung als ob man einen harten Körper zwischen den Fingern hätte (*noyau de congélation*). Unterbricht man jetzt die Application, so gleicht sich die eingesunkene Hautstelle schnell aus, röthet sich und es restirt ein rother Fleck. Bei intensiverer Einwirkung kann Blasen- oder Schorfbildung auftreten. Die subjectiven Empfindungen bestehen anfänglich in einem intensiven Kältegefühl, welches sich bei empfindlichem Nervensysteme zu nicht erheblichen Schmerzen steigert. Alsbald tritt eine locale Gefühlosigkeit ein. In dem Maasse als sich die Haut wieder röthet, entwickelt sich ein dem Grade der Einwirkung entsprechendes Gefühl von Jucken oder Brennen von verschiedener Dauer. Diese nun durch Verdunstung des flüssigen Gases erzeugte rapide und intensive Kälteeinwirkung bedingt aber zugleich den therapeutischen Effect, indem dieselbe nach Auffassung Debove's nach Art eines besonders kräftigen und doch in seinen Wirkungen auf das Hautorgan unschädlichen Reizes das Nervensystem günstig zu beeinflussen scheint.

Man pflegt bei Ischias den vollen Strahl über die ganze leidende Fläche von der Hälfte bis zur Ferse zu appliciren, worauf dann in der Regel der Hüftschmerz ganz verschwindet und sich der normale Gebrauch der Gliedmassen sofort wieder einzustellen beginnt. Dieses von Debove angegebene Heilverfahren wurde bald von verschiedenen Aerzten geprüft und in seinen Wirkungen im Allgemeinen bestätigt gefunden. Meist genügte eine einmalige Aufstäubung, um das Leiden ein für allemal zu beseitigen. In manchen Fällen, in welchen sich nach einiger Zeit Recidiven einstellten, waren die letzteren belanglos und konnten durch Wiederholung des Verfahrens schliesslich ganz beseitigt werden. Am günstigsten verhielten sich die acuten, aber auch bei invetirten Fällen (die Dauer des von Launay beobachteten Falles betrug 14 Jahre), konnte eine dauernde Heilung erzielt werden. Selbstverständlich erwies sich die genannte Methode als incomplet oder nutzlos bei der sogenannten symptomatischen Form der Ischias, bei welcher das Leiden auf eine centrale — Affection der *cauda equina*, Rendu — oder periphere Ursache — Beckenkrebs. Bucquoy — zurückgeführt werden konnte. Ungenügender Erfolg sah Legroux, welcher ausserdem Schorfbildung beobachtete. Letzterer Uebelstand lässt

sich jedoch vermeiden, wenn man den Strahl nicht allzunnähe, auch nicht perpendicular, sondern in schräger Richtung auf die Hautoberfläche zu dirigiren trachtet und denselben sofort unterbricht, sobald die Haut die vorhin geschilderte Farbe und Consistenzveränderung annimmt.

Was den von Redner beobachteten Fall anbelangt, so wurde am 5. März mit den Aufstäubungen begonnen, nachdem sich vorher (Abends 8 Uhr) ein heftiger Schmerz anfall auf der linken Seite eingestellt hatte. Nach einer in aufrechter Stellung der Kranken von der Hüfte bis zum malleol. ext. ausgeführten Application verschwand zwar unmittelbar der Schmerz auf der genannten Seite, um aber sofort auf die andere Seite überzuspringen. Dort wurde dasselbe Manöver vorgenommen und ausserdem die besonders schmerzhaftige Kreuzgegend einer ausgiebigen Bestrahlung unterzogen. Während der Ausführung derselben klagte Patientin über heftiges Brennen, es stellte sich Zittern der Beine und bald darauf ein förmlicher Schüttelfrost ein. Nachdem die Kranke ins Bett gebracht wurde, trat unter allmählicher Abnahme der Erscheinungen eine halbe Stunde später vierstündiger Schlaf ein. Der übrige Theil der Nacht verlief schlaflos, aber ohne Schmerz. In den darauffolgenden zwei Tagen sistirten die neuralgischen Anfälle vollständig, dagegen klagte Patientin an einzelnen Stellen über Gefühl von Wundsein. Es hatten sich nämlich in Folge der energischen Application an 7 Stellen thalergrosse Blasen gebildet. Am dritten Tage nach einer gewaltsamen Lageveränderung ein vorübergehender Anfall auf. Desgleichen am nächstfolgenden Tage, und zwar an Stellen, welche der Bestrahlung nicht ausgesetzt waren. Eine Wiederholung des Verfahrens brachte Beruhigung. Leider verliefen die darauffolgenden Nächte trotz hypnotica schlaflos.

Es stellten sich alsbald die alten bohrenden, reissenden Schmerzen wieder ein und zeichneten sich besonders an den wunden Stellen durch grosse Heftigkeit aus. Nach gänzlicher Verheilung der Wundstellen machte sich jedoch mit einem Male ein bemerkenswerther Umschwung geltend. Die Anfälle blieben den Tag über aus und traten auch zur Nachtzeit nur vorübergehend und schwach auf und schliesslich ganz zu verschwinden. Es stellte sich normales Schlafbedürfniss wieder ein und mit jedem Tage konnte eine Zunahme der Beweglichkeit, sowie eine fortschreitende Kräftigung constatirt werden, so dass Patientin wieder stehen und mit Unterstützung zu gehen vermochte*) Redner erblickt zwischen der Verheilung der afficirten Hautstellen und dem gleichzeitigen Verschwinden der neuralgischen Schmerzen einen causalen Zusammenhang und glaubt, dass die Heftigkeit der Erscheinungen während der Dauer der Hautaffectionen lediglich in Folge der permanenten Reizung, welche dieselben an den abhängigen Partien des Körpers durch dessen Schwere und Bewegungen fortwährend ausgesetzt waren, erklärt werden müsse.

*) Bis zum 11. April, dem Tage der Absendung dieses Berichtes, ist kein Rückfall mehr aufgetreten. Auch das gegenwärtige Allgemeinbefinden ist durchwegs befriedigend.

Ausser bei der Ischias wurden die genannten Aufstäubungen bei einer Reihe anderer schmerzhafter Zustände versucht. T e n n e s o n erzielte damit sehr günstige Erfolge bei Muskelrheumatismus, Gelenkcontusion, den verschiedenen Arten von Rippenfellaffectionen, den osteoperiostalen Schmerzen der Phthisiker. Auf einen Umstand muss übrigens Rücksicht genommen werden, welcher einige Vorsicht bei Anwendung des Verfahrens im Gesichte erheischt. Derselbe besteht in einer bei intensiverer Anwendung zurückbleibenden Pigmentirung, allerdings von vorübergehender Dauer. — Eine besondere Art der Anwendung ist die sogenannte Stypage von B a i l l y. Dieselbe besteht in der Uebertragung des *flüssigen* Gases mittelst sogenannter „Stypes“, d. h. eigener, zu diesem Zwecke construirter, leicht imprägnirbarer Tampons, welche durch entsprechende Pincetten gehalten werden. B a i l l y hat die zu diesem Verfahren nöthigen Utensilien in einer eigenen Casette „Nécessaire Bailly“ zusammengestellt. Dieselbe enthält einen mit Flüssigkeit gefüllten Syphon, eine Anzahl Tampons nebst zwei verschiedenen Tamponträgern und dem sogenannten Thermo-isolateur d'Arsonval et Bailly, in welchem das flüssige Gas aufgefangen und mehrere Stunden offen aufbewahrt werden kann. Dieses Verfahren lässt eine möglichst sparsame Verwendung und genaue Begrenzung der betreffenden Bezirke zu.

B a i l l y fand dasselbe nützlich bei neuralgischen Affectionen, Zahn- und Gesichtsschmerzen, Migräne, Brachial- und Intercostalneuralgien, bei rheumatischen Leiden, Lumbago, Pleurodynie, ferner bei verschiedenen internen Leiden, Gastralgien, Kolik und anderen krampfartigen Zuständen. Ausserdem eignet sich das Verfahren besonders zu dem Zwecke der Anästhesirung für die verschiedenen dermathologisch-chirurgischen Eingriffe, sowie überhaupt bei Operationen an Haut und Schleimhaut.

Redner hat sich von dem vorzüglichen Nutzen dieser Methode bei galvanokaustischen Eingriffen an der Nase und am Rachen, ferner bei Spaltungen von Ohrfurunkeln, Abscessen und bei Fisteloperationen überzeugt. Der Vortragende demonstriert hierauf die diesbezüglichen, hübsch ausgestatteten Apparate und Instrumente, bestehend aus einem Recipienten mit Pulverisateur nebst Nécessaire Bailly und zeigt die Art ihrer Anwendung.

V. Tagesgeschichte.

Unser verehrter Mitarbeiter Herr Dr. Leppmann in Breslau ist zum Arzt an der Kgl. *Strafanstalt* zu Moabit (Berlin) und an der damit verbundenen *Beobachtungsabtheilung für geisteskranke Verbrecher* ernannt worden. — Aus Wien wird uns berichtet, dass Prof. von Krafft-Ebing sein neues Lehramt anzutreten nicht gewillt sei, weil dasselbe in einiger Hinsicht von Dr. Gauster abhängig bleiben solle (??).

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhstrasse 28).

Monatlich 3 Nummern.
Jede zwei Bogen stark.
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

15. Juni 1889.

Bro. 12.

Inhalt.

I. Originalien. Therapie der Hysterie und Neurasthenie. Von Professor Dr. Karl Laufenaucr in Budapest.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

1. XIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 25 u. 26. Mai d. J. (Fortsetzung.)

Hoffmann: Ueber progressive neurotische Muskelatrophie.

Buchholz: Syphilis und Paralyse.

Hitzig: Ueber spinale Muskelatrophien.

Wolgert: Eine neue Methode der Neurogliafärbung.

v. Monakow: Ueber die Abhängigkeit subcorticaler Ganglien von der Rinde.

Schultze: 1) Kaumuskellähmung bei Tabes. 2) Ueber Akromegalie. 3) Ueber traumatische Neurosen.

v. Corval: Ueber Suggestivtherapie.

Bernheimer: Zur Fehnnervenkreuzung.

2. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Von Dr. M. Dreikurs in Wien.

Meynert: Zum Verständniss der traumatischen Neurosen im Gegensatze zu ihrer hypnotischen Entstehungstheorie.

3. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Von Dr. Karl Schaffer in Budapest.

Schwarz: Spastische Spinalparalyse.

Salgó: Hemiatrophia cerebri.

III. Referate und Kritiken. Moll: Der Hypnotismus. Pelizaeus: Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie. Wagner: Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden. Gauthier: Inducirter Verfolgungswahn; Dissimulation. Bourneville et Sollier: Pupertäts-irresein mit vagen Verfolgungdelirien. Marie: Senile- und Spätschizophren. Séglas: Psychosen bei Chorea. v. Kraft-Ebing: Simulation geistiger Störung.

I. Originalien.

Therapie der Hysterie und Neurasthenie.*)

Von Professor Dr. KARL LAUFENAUER in Budapest.

In der neurologischen Praxis und Terminologie werden die Neurasthenie und Hysterie als besondere Krankheitsformen behandelt, wo

*) Abriss (Uebersetzung) aus einem grösseren, in ungar. Sprache erscheinenden Werke.

doch eine etwas tiefere und eingehende Untersuchung uns leicht davon überzeugen kann, dass diese zwei Namen eigentlich eine Affection bedeuten, welche im Allgemeinen durch eine mehr-minder grosse Abnahme der psycho- und neuromotorischen Function des Nervensystems charakterisirt ist. Trotzdem diese Verhältnisse einfach und klar sind, befinden wir uns von der gemeinschaftlichen terminologischen Uebereinkunft noch sehr weit entfernt; wir sprechen von einer Hysterie der Frauen und Männer, von einer besonderen Neurasthenie, Hypochondrie etc. Um nicht missverstanden zu werden, muss ich von vornherein erklären, dass dieser Aufsatz nur von einer Krankheit handelt; ferner dass ich mir wohl bewusst bin, mit der Benennung Hysterie bezüglich der Frauen und Neurasthenie rücksichtlich der Männer, mich dem Wesen der That-sachen sehr wenig zu nähern, sondern mehr der ärztlichen Mode zu huldigen; immerhin glaube ich auch so, wenn auch nicht endgültig, so doch einigermaßen zur Klärung der Ansichten zweifelsohne Etwas beizutragen.

Die unbefangene Erfahrung lehrt, dass es bei der Hysterie und Neurasthenie einfache und complicirte Formen gibt.

Als einfache Formen können wir jene betrachten, bei welchen schwere motorische Symptome und auf physikalischem Wege eruirbare Veränderungen seitens des Nervensystems nicht vorhanden sind, während bei den complicirten Formen sich auch die letzteren in den Vordergrund drängen. Auf diese Weise können wir leichte und schwere Fälle unterscheiden, vom therapeutischen Standpunkte jedoch ist es entsprechender nur von einfachen und complicirten Formen zu sprechen.

In der Therapie der Hysterie und Neurasthenie hat neben den pharmaco-dynamischen Heilmitteln die psychische Behandlung eine grosse Bedeutung, derart, dass manche Autoren sie an erster Stelle erwähnen. Zweifelsohne repräsentiren diese zwei Factoren gemeinschaftlich angewendet das möglich beste Heilverfahren. Dessenungeachtet lehrt die Praxis, dass es Fälle gibt, in welchen man auf die psychischen, in anderen aber auf die pharmaco-dynamischen Heilagentia das Gewicht legen muss. Welcher wir nun von diesen zwei Heilarten den Vorzug geben sollen, dass wird allerdings nur die gründliche Untersuchung des Kranken entscheiden.

Es ist ein schon von vielen und oft betonter Grundsatz, dass jener, der die Neurasthenie und Hysterie nur als eine eingebildete, affectirte und simulirte Krankheit betrachtet, dieselbe niemals heilen wird; der fachgewandte Therapeut weiss es nämlich sehr wohl, dass die Cardinalsymptome dieser Krankheit — welche ich mit dem Collectivnamen *Asthenia nervosa* zu bezeichnen liebe — die Störungen der Phantasie, die Anomalien der Affecte und Instincte und der Nachahmungstrieb, als psychischer Reflex, sind.

Um das therapeutische Vorgehen festzustellen, ist es in erster Linie nothwendig, dass wir den Kranken ernst, mittelst der genügend bekannten neurologischen Untersuchungsmethoden eingehend untersuchen und die Klagen anhören sollen. Zweifel, abfälliges ironisches Lächeln,

Gleichgültigkeit für das Gehörte sind ganz und gar nicht dazu geeignet, dass der Kranke zum Arzt Vertrauen fasse, ohne welchen das Heilverfahren nichtig und dessen Resultat gleich null ist.

In jenen Fällen, bei welchen ausschliesslich die psychischen Reflexsymptome das Krankheitsbild dominieren, müssen wir auf die psychische Behandlung das Hauptgewicht legen, während dort, wo die psychischen Reflexsymptome mehr in den Hintergrund treten, soll die pharmaco-dynamische Richtung überwiegend sein. Uebrigens erwähnte ich bereits, dass die gemeinsame Anwendung beider Factoren die richtigste Methode ist, denn die alltägliche Erfahrung beweist genügend, dass es kaum einen Neurastheniker oder eine Hysterische gibt, bei welchen die Steigerung der psychischen Reflexerregbarkeit nicht vorhanden wäre.

I. *Pharmaco-dynamische Heilagentia.*

Bei der Anwendung dieser Mittel will ich bemerken, dass es ein grundfalsches Vorgehen ist, die Hysterie und Neurasthenie schablonenmässig zu behandeln. Jeder Kranke erfordert die minutiöseste Individualisirung, welche es unmöglich macht, auch nur zwei Kranke gleichmässig zu behandeln. Von den nun folgenden Heilmitteln müssen wir von Fall zu Fall wählen und jene nach Bedarf zielbewusst ändern.

a) *Brompräparate.* (Kal. bromatum, Natr. brom. Ammonium bromat. Lithium brom. Zincum bromat. Chinin. brom.) Sie erscheinen geboten dort, wo die somatische und psychische Reflexerregbarkeit gesteigert ist. Eine besondere Wirkung haben sie aber in den Fällen der Asthenia nervosa nicht; daher muss ich es als einen Missbrauch, ja entschieden als schädlich erklären jenes Vorgehen, nach welchem manche sofort Brom verordnen, wenn die Symptome der Hysterie oder Neurasthenie zugegen sind. Falls die Indication der Brompräparate überhaupt vorhanden ist, so sind diese nur kurze Zeit zu gebrauchen, so lange nämlich, bis wir die gesteigerte Reflexerregbarkeit zur Norm nicht brachten, denn von nun an müssen wir der Krankheitsart entsprechend zu anderen Medicamenten greifen.

Dass die bei der vulgären (centralen) Epilepsie so wirksamen Präparate bei der Hystero-Epilepsie Nichts nützen, ist ein mehrfach erwiesenes Factum.

b) Ergotin, Arsenicum, Cannabis indica, Cannabinum tannicum, Opium, Coffein, Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Cocain, Duboisin, Strychnin, Chinin und dessen Präparate. Zinkpräparate. Eisen und seine Präparate. Chloralhydrat, Urethan, Paraldehyd, Amylenhydrat, Nitroglycerin, Hydrastis.

Die in dieser Gruppe vorgezählten Medicamente sind theils als Nervina, theils als Sedativa und Tonica bekannt und je nach der Art der Fälle entfalten sie bald eine symptomatische bald eine spezifische Wirkung bei der Ausgleichung der functionellen Störungen des Nervensystems. Bei der Feststellung ihrer Indication ist der Umstand streng zu untersuchen, ob die Asthenia nervosa eine erworbene oder hereditäre Constitutionalaffection sei: im ersten Falle ist die Wirkung

mancher dieser Mittel radical, während sie bei der constitutionellen Asthenie nur palliativ, symptomatisch sein kann.

Ergotin und dessen Präparate können dort erfolgreich angewendet werden, wo wir auf eine beständige oder temporäre Hyperämie, hervorgerufen durch den ungenügenden Tonus der ernährenden Blutgefässe des Nervensystems Verdacht haben. (Einige Formen des nervösen Kopfschmerzes.)

Cannabis indica, *Canabinum tannicum*, Opium und Derivate sind bei manchen Formen der Hyperästhesia asthenica als schmerzstillend, als Hypnotica empfehlenswerth, ihr Nachtheil ist aber, dass sich der Organismus an sie sehr leicht gewöhnt und nach längerem Gebrauch eine, dem Mittel entsprechende Neurose, wie Morphinismus, Opiumgenuss sich entwickeln. Uebrigens ist es allbekannt, dass manche Fälle der Asthenia nervosa diese Präparate überhaupt nicht vertragen, da nach ihrem Gebrauche die verschiedenlichsten Irritationssymptome ausgelöst werden.

Coffein, Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Duboisin, Strychnin, Nitroglycerin, Hydrastis, Chloralhydrat etc. als symptomatische Mittel können bei den verschiedensten nervösen Zuständen in Anwendung kommen.

Eines wohlverdienten Rufes erfreuen sich die Arsenpräparate, worin die arsenhaltigen Mineralwässer inbegriffen sind. (Roncigno, Levico.) Nach ihrem Gebrauch erzielen wir häufig vorzügliche Resultate. Ihre Wirkung ist aber eine langsame, und daher sind sie andauernd anzuwenden.

Grosse Erwartungen knüpften wir an die Coca und deren Präparate indem wir tonisirende Wirkungen uns davon versprochen. Bei etlichen Fällen der Hyperästhesie zeigt sich unlängbar eine ziemliche Wirkung, im allgemeinen jedoch besitzt sie nicht bei Weitem jenen Werth, welchen ihr manche zuschreiben wollen; in Fällen erworbener Asthenie ist mit den Eisen- und Chininpräparaten eine vorzügliche Wirkung zu erreichen. Das *ferrum pyrophosphoricum cum ammon. citrico*, *ferrum citricum* und die Pfeuffer'schen Hämoglobinpastillen erzielen bei, auf anämischer Grundlage entstandener Hysterie und Neurasthenie nach längerem, andauerndem Gebrauche manchmal faktisch überraschende Heilungen. Natürlich gibt es Kranke, die in Folge der mit ihrer Krankheit verbundenen Idiosynkrasie die Eisenpräparate überhaupt nicht vertragen.

Als Roborans und Tonicum entfaltet das Chinin grosse Wirkung.

Die Zinkpräparate kommen bei convulsiven Zuständen als Sedativa in Anwendung.

c) Antibysterica: *Asa foetida*, *Valeriana*, *Castoreum*, *Aqua laurocerasi*. Von diesen ist nur mehr das letztere in Anwendung, manchmal direct in Folge ihrer beruhigenden, bei anderen Gelegenheiten mehr durch ihre erregende Wirkungen (kleine Dosen).

In der Therapie der Asthenia nervosa spielen eine grosse Rolle

die äusserlich anzuwendenden Heilfactoren, wie Electricität, Hydrotherapie, Massage und die Hautreize.

Bei der Anwendung der faradischen, galvanischen und Franklin-Electricität ist vor Allem wohl zu beachten, dass auch nicht jeder gesunde Mensch die electricischen Sitzungen ohne Reaction verträgt, so dass es nicht zu verwundern ist, wenn ein kleiner Bruchtheil der Kranken nach ihrer Anwendung über entschiedene Verschlimmerung sich beklagen. Meistens liegt aber der Fehler darin, dass bereits im Anfange die genannten electricischen Arten in sehr starken Dosen angewendet werden. Die Erfahrung brachte aber uns jene Ueberzeugung bei, dass auch jene die mit entsprechender Vorsicht und Zartheit angewendete Electricität vertrugen, die entschieden behaupteten den Strom nicht zu vertragen. Der galvanische Strom ist als Sedativum anzuwenden. Bei seinem Gebrauch verschwinden öfters die nervösen Neuralgien. Empfehlenswerth ist die centrale Galvanisation. Der faradische Strom ist von mehr erregender, tonisirender Wirkung und wird als allgemeine Faradisation (electricische Bad) oder local in all jenen Fällen angewendet, in welchen die Hebung der nervösen Energie, der Muskeltonus unser Ziel ist. Bei Fällen von Hautanästhesie, hysterischen Lähmungen sind mit dem faradischen Strom exquisite Resultate erreichbar. Auffallend ist jedoch der paradoxe Umstand auch, dass z. B. die sogenannten hysterogenen, schmerzhaften Punkte laut meiner Erfahrung gerade bei Anwendung des faradischen Stromes am Besten heilen.

Die Franklin-, die Reibungselectricität bürgerte sich in die Praxis noch nicht genügend ein. Doch ist ihr therapeutischer Nutzen unzähligemal sehr in's Auge springend. Anwendungsart: der electricische Funken, der electricische Wind und das electricische Luftbad. Die Indication entspricht ungefähr der speziellen Indicationen des galvanischen und Farado-Stromes. Bei ihrer Anwendung kommt ausser der specifischen electricischen Wirkung noch zweifelsohne die Wirkung des um die Maschine sich entwickelnden Ozons, welches durch die Inhalation zur Geltung gelangt.

Die richtige Anwendung der Hydrotherapie ist ein sehr wichtiger Heilfactor. Vor allem müssen wir ins Reine kommen, was wir mit ihr zu erreichen wünschen. Entweder wollen wir mit ihr das überreizte Nervensystem beruhigen, oder es ist wünschentwerth an dem torpiden Organismus eine irritative, alterirende Wirkung zur Geltung gelangen zu lassen.

Diesbezüglich gibt die genaue Krankenuntersuchung und die Dauer der Affection einen Aufschluss. In frischen Fällen ist mehr das beruhigende, bei chronischen Formen mehr das reizende hydrotherapeutische Heilverfahren anzuwenden. Gewiss gibt es jedoch solche überreizte und geschwächte Kranke, bei welchen von einer Anwendung der Hydrotherapie überhaupt keine Rede sein kann.

Die Massage, in richtiger Zeit und Art angewendet, kann anderen roborirenden Heilverordnungen ein mächtiges Hilfsmittel sein. Ihre

Wirkung ist am eclatantesten bei convulsiven Zuständen, Hyperästhesien, wo dann eine mit entsprechenden Cauteln begonnene Massage fast in spezifischer Weise auf die Regulirung der Blutcirculation auf die Hebung der Schlaflosigkeit, Schmerzen und Krämpfe wirkt.

Den Hautreizen wird in der Therapie der Hysterie und Neurasthenie die alte wohlverdiente Würdigung zu Theil. Die jüngere ärztliche Generation blickte mit einem gewissen skeptischen Lächeln auf den bejahrteren Kollegen, der mit kleinen Vesicantien und Fontanellen seinem Patienten Linderung verschaffen wollte. Und doch ist es nicht zu bezweifeln, dass bei entsprechenden Fällen bei nervösen Kopfschmerzen, Schwindel, spinaler Irritation etc. die Vesicanta (auch Baunscheidt'sche Methode) sehr schöne Resultate liefern. Ihre Wirkung ist zweierlei. Auf rein reflectorischem Wege erleiden manche abnorme Erscheinungen des centralen Nervensystems eine Correction, bei anderen Gelegenheiten ist ihre Wirkung mehr eine psychische, indem sie die sehr concentrische Aufmerksamkeit des Kranken völlig auf den Ort des Hautreizes richten und somit gewisse psychische Reflexwege versperren.

Zu den Gegenreizen ist auch das gelinde Brennen zu reihen, sei es mit dem Paquelin'schen Apparat oder dem Hüllenstein.

Die locale Behandlung erheischt eine grosse Aufmerksamkeit. Wenn auch der alte Satz, dass die Asthenia nervosa immer auf reflectorischem Wege, von den Erkrankungen anderer Organe bedingt sei, einer tieferen Kritik nicht mehr Stand hält, so stossen wir trotzdem bei genauer Krankenuntersuchung unzähligemale auf solche Abnormitäten, bei deren richtiger Behandlung auch die Symptome der Asthenie bedeutend abnehmen, ja sogar der ganze Krankheitsprozess zur Heilung geführt wird. Dies hat besonders für die Fälle der acquirirten Asthenie Gültigkeit. Und so treffen wir sehr oft die Affectionen der Ovarien, des Uterus, des Magens, der Gedärme und der Leber, bei Männer den Excess des Alkohols und der Onanie an. Die oft erfolgreiche Richtung der localen Behandlung erwartete viel auch von der chirurgischen Behandlung einzelner Organe. Es wäre verfrüht, die so erreichten Resultate als nachahmungswerthe Beispiele dahinzustellen, denn erstens stammen die bisherigen günstigen jedoch übertriebenen Resultate aus keiner vertrauensenerweckender Quelle (z. B. die Castration), ferner sind sie noch nicht genügend zahlreich, sind nicht genügend controllirt, und weil die meisten Operateure den bei der Operation obwaltenden psychischen Moment gänzlich ausser Acht lassen. Meine diesbezügliche Erfahrung ist nicht gross, jedoch habe ich gegen die Richtigkeit dessen, was ich bisher beobachtete, keinen Zweifel, und das Resultat ist nicht im mindesten aufmunternd. — Trotzdem soll es nicht geleugnet werden, dass in einzelnen, mit präziser Indication und Beobachtung behandelten Fällen, der operative Eingriff Besserung, sogar Heilung erzielte.

Grosse Bewegung verursachte seiner Zeit die Metalloscopie, und die aus ihr entwickelte äussere und innere Metallotherapie und Magne-

totherapie. Die Wirkung der Metallotherapie ist rein suggestiv, d. h. nicht das Metall als solches wirkt auf das krankhafte Nervensystem, sondern es ist jene Methode, jene ungewohnte Art wirksam in welcher es geboten wird. Somit kann dieses Verfahren als psychische Heilmethode in entsprechenden Fällen angewendet werden.

Dasselbe haben wir zu halten von der Magnetotherapie, deren Wirkung übrigens ganz unverständlich wäre, wenn wir den psychischen Factor ganz ausser Acht lassen. Es ist experimentell zu beweisen, dass der Magnet völlig wirkungslos ist, wenn wir ihn so anwenden, dass der Kranke davon nichts weiss, während jedwelches Stück Eisen eine magnetische Wirkung auslöst, wenn wir dem Kranken vorhalten, dass das Eisen magnetisch sei. Mehr Beachtung verdient, die auf ernster wissenschaftlicher Basis fussende Stimmgabel-Behandlung. Mit König'schen Stimmgabeln erzielte ich nach Lucae's Angaben nennenswerthe Resultate bei nervösen Reizzuständen des Akustikus. (Ohrensauen auch bei Anaesthesien.)

(Schluss folgt.)

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. XIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 25. u. 26. Mai d. J.

(Fortsetzung.)

322) **Hoffmann** (Heidelberg): *Ueber progressive neurotische Muskelatrophie.*

Redner hat sich schon früher bei Gelegenheit eines Falles anscheinend ascendirender Neuritis vorsichtig über das Verhalten zum Rückenmark ausgesprochen. In dem bekannten Friedreich'schen Werke finden sich 2 analoge Fälle, wovon einer mit Sektionsbefund, ein dritter stammt aus den 50er Jahren von Virchow. In dem 2. F.'schen Falle fand Schulze die Goll'schen und die Seitenstränge betroffen. Bei nochmaliger Durchsicht der Präparate sah aber H. ausser einer allgemeinen auffallenden Schwächigkeit des Rückenmarks auch entschiedene Vorgänge von Atrophie und Schwund der Ganglienzellen in den Vordersäulen besonders der Hals- und Lendenanschwellung. (Die betr. Objecte, meist nach Weigert gefärbt werden gezeigt.) Man kann bei diesen Beobachtungen an die Ergebnisse nach Amputationen und Nervendurchschneidung denken. Friedländer und Krause fanden danach Schwund von Zellen der Clarke'schen Säulen sowie der lateralen Zellgruppen in den Vorderhörnern der Anschwellungen, und aufsteigende Degeneration in den Goll'schen Strängen, während die motorischen Bahnen intact waren. Dagegen haben andere Untersucher auch diese betheiligt gefunden, so dass dann die Veränderungen den hier beschriebenen ähneln. Jedenfalls scheint es sich um eine klinisch gut abgrenzbare Form von neuraler progressiver Muskelatrophie zu handeln, die mehr

wie jede andere den Namen der hereditären verdient. Der erste Ausgangspunkt der Affection bleibt dagegen noch zweifelhaft, doch vermuthet Red. denselben im Centrum, während sich erst hinterher eine dorthin von der Peripherie des Nerven fortschreitende Degeneration anzuschliessen scheint.

323) Buchholz (Heidelberg): *Syphilis und Paralyse.*

Die Frage ist bisher fast nur statistisch bearbeitet worden, wobei aber zweifelhaft bleibt ob eigentliche Paralyse oder nur einigermaßen ähnliche Processe auf syphilitischer Basis entstehen. B. suchte dies auf anatomischem Wege und zwar durch Untersuchung der basalen Hirngefässe zu entscheiden. Sein Material bilden namentlich 19 Paralytiker, 3 Fälle sicherer Lues und eine Reihe anderer Gehirne, grösstentheils aus den mittleren Lebensjahren und von verschiedenen functionellen Störungen herrührend. Makroskopisch fanden sich nur hier und da weisse Flecken, unter dem Mikroskop dagegen besonders bei den Paralytikern die mannigfachsten endarteriitischen Veränderungen. Wucherungsvorgänge namentlich zwischen Endothel und Media, wie sie von Heubner als bezeichnend für Lues beschrieben wurden, finden sich vielfach auch bei rein senilen Vorgängen, sie haben also nichts Specifisches an sich und liefern demnach in Summa diese Gefässuntersuchungen keinen bestimmten Anhalt für die Annahme einer syphilitischen Entstehungsweise der Paralyse. Votr. zeigt demonstrative Abbildungen seiner Ergebnisse.

324) Hitzig (Halle): *Ueber spinale Muskelatrophien.*

Redner hat sich bereits voriges Jahr bei Mittheilung eines Falles dahin geäußert, dass die klinischen Erscheinungen an eine spinale Erkrankung denken liessen, während der anatomische Befund an excidirten Muskelstückchen ganz den von Schultze für die rein musculären Formen angegebenen Kriterien entsprach. Es fand sich nämlich ein eigenthümliches Gemisch von atrophischen sehr zahlreichen, zum Theil colossalen hypertrophischen und normalen Fasern. Der Fall kam nicht zur Section und musste zweifelhaft bleiben. Seitdem haben sich nun aber die Beobachtungen gehäuft, welche gegen die ausschliessliche Gültigkeit der Schultze'schen Aufstellung sprechen. Zu verschiedenen Mittheilungen deutscher, französischer und anderer Autoren fügt H. einen neuen eigenen Fall der demnächst ausführlich in einer Dissertation Bearbeitung finden wird. Hier waren im Lendentheil des Rückenmarks multiple Herde von verschiedenem Grade der Entwicklung vorhanden, die Vorderhörner stark betroffen. Die entsprechenden Muskelfasern zeigten sehr verschiedene Dimensionen von vollständigster Atrophie bis zu richtiger Hypertrophie. Auf Querschnitten fanden sich zahlreiche Vacuolen meist mit einem centralen Kern, die Faserconturen hatten die mannigfachsten Formen, die vorderen Wurzeln waren nur wenig verändert. Im Zusammenhange mit den übrigen nun bereits vorliegenden Erfahrungen spricht diese neueste sehr dafür, dass auch selbst so colossale Hypertrophien, wie sie der erste Hitzig'sche Fall zeigt, einem spinalen Character der Erkrankungen nicht widersprechen, falls

sonst die Erscheinungen zu dieser Annahme drängen. Eine scharfe Abgrenzung spinaler und musculärer Formen lässt sich also überhaupt nicht mehr durchführen, zumal auch anscheinend spinale Fälle mit negativem Rückenmarksbefunde mitgeteilt sind. Die Verhältnisse liegen ähnlich wie für die Bleiähmung. Auch entspricht ja der Grad der Centralerkrankung durchaus nicht immer der peripheren Veränderung. Der Zusammenhang zwischen trophischer Function und anatomischer Veränderung des Rückenmarks ist also noch kein ganz klarer, und nähert sich demnach Red. i. W. den früher von Erb geäußerten Ansichten, wonach auch in den scheinbar negativen Fällen an eine vielleicht moleculäre Veränderung der trophischen Centren des Rückenmarks gedacht werden kann.

In der Discussion erwähnt Erb, dass er von allen angeblich peripheren Muskelveränderungen bisher nur die tiefen Spaltbildungen in den Faserbündeln bei spinaler Dystrophie bisher nicht gesehen habe, aber auch diese waren in Hitzig's Fall, wie derselbe ausdrücklich bestätigt, deutlich vorhanden. E. hält an der klinischen Eigenthümlichkeit der betr. Fälle fest, wenn sie sich auch anatomisch nicht bestimmt sondern liessen. Schultze hat in seiner Monographie nur den bisherigen Kenntnisstand skizzirt, nicht aber Unterscheidungen von dauernder Bedeutung aufstellen wollen.

325) Weigert (Frankfurt) demonstriert *Präparate einer neuen Methode der Neurogliafärbung.*

Die bisherigen Tinctionen litten sämmtlich an erheblichen Mängeln; sie gestatteten namentlich nur an den einfachst gebauten Regionen wie den Rückenmarkssträngen eine einigermaßen genauere Trennung der Fasern von der Zwischensubstanz. Auch die bisherigen Darstellungen der Deiters'schen Zellen waren ungenügend. In Wirklichkeit entspricht nur das embryonale Verhalten derselben dem Schema der Spinnenzellen, beim Erwachsenen findet sich dagegen ein ganz durchsichtiger Zelleib, an den die Fasern nur dicht heran gehen und sich bogenförmig anlegen. Der Schein einer wirklichen Continuität entstand durch die bisherige zu diffuse Färbung, die neue Methode stellt das richtige Verhältniss klar. Was das Glianetz betrifft, so zeigt sich dasselbe sehr schön zwischen den Sonnenbildchen namentlich in den Rückenmarkssträngen und verläuft vorwiegend, aber nicht ausschliesslich, den Fasern parallel. Am reichlichsten ist dasselbe in der Umgebung des Centralkanals, wogegen in der subst. gelatin. Rolandi sich nur spärliche Gliafasern finden. Da nun auch die Nervelemente hier an Zahl gering sind, so ist entweder die neue Methode für diese Gegend nicht ganz ausreichend oder aber die Structur derselben noch ganz zweifelhaft. Die Oblongata verhält sich im Wesentlichen wie das Rückenmark. Im Kleinhirn ist das Netz spärlicher in der Körner-, dichter in der Purkinje'schen Schichte, am dichtesten an der Oberfläche, wo Deiters'sche Zellen fast ganz fehlen. Aehnlich ist das Verhalten im Grosshirn, doch scheint hier die Grenzschicht zwischen Mark und Rinde noch nicht in ganz ausreichender Weise gefärbt zu werden. Auch in

pathologischer Beziehung kann die Färbung vielleicht Dienste leisten. Man hat bisher bei den Veränderungen der Ganglienzellen sich fast ausschliesslich an den Zellleib gehalten, die der Fortsätze dagegen aus Mangel an Methoden wenig studirt, auch Golgi's Färbung ist zu unzuverlässig. Nunmehr wird man durch unfehlbare Tinction der Glia den Ausfall von Fortsätzen viel sicherer als früher feststellen können. Auch der quergestreifte Muskel giebt bei der übrigens nicht näher beschriebenen Färbung schöne Bilder.

326) v. Monakow (Zürich) zeigt nach experimentellen und klinischen Beobachtungen Präparate, die die *Abhängigkeit subcorticaler Ganglien von gewissen Rindenpartien darthun* sollen. Es handelt sich theilweise um kurz nach der Geburt operirte Hunde, theilweise um pathologische Befunde nach jahrelangem Bestehen frühzeitig entstandener Herde im Hinterlappen des Menschen. Man sieht früheren ähnlichen Befunden des Verf. entsprechend einseitige Atrophie des corp. genic. int. und gewisser Theile des Thalamus opticus.

327) Schultze (Bonn) berichtet zunächst über einen Fall von *Kau-muskellähmung bei Tabes*. Es kann also auch der motorische Trigemini an der Krankheit Theil nehmen, wie bisher schon für die Augenmuskelnerven, Hypoglossus, auch Accessorius bekannt. Es liegt nahe auch hier an eine Kernerkrankung zu denken. Die Erregbarkeit im Temporalis und Masseter ist herabgesetzt, die Atrophie jedoch noch nicht deutlich.

Ferner erwähnt Redner 2 Fälle von *Akromegalie*. Der erste zeigte eine Combination mit Arthritis nodosa, wodurch unter Umständen wohl auch diagnostische Schwierigkeiten entstehen könnten. Die Frage eines Zusammenhanges beider Zustände lässt sich noch nicht entscheiden. Manches Bemerkenswerthe bot der andere Fall. Die Klagen bestanden hier in erster Linie in Sehstörungen, als deren Grundlage sich eine temporale Hemianopsie hohen Grades feststellen liess. Sehr gross war der Kopf, Umfang über den Orbitalhöckern 670 Mm., das Virchow'sche Maximum beträgt nur 655. Ebenso colossal waren Stirnhöcker, Unterkiefer, Ohren, Lippen, Gaumen, Zunge, wo die Erb'schen Maximalzahlen erreicht wurden. Aber auch die Extremitäten und besonders ihre Endigungen zeigten enorme Dimensionen, sehr auffallend war namentlich die colossale Bildung der grossen Zehen, Thorax und Clavikeln dem entsprechend. Eigenthümlich war das Vorhandensein zahlreicher oberflächlich etwas entzündeter Keloide von verschiedener Grösse. Ueber dem Sternum fand sich eine leichte Dämpfung, die Schilddrüse war nicht mit Bestimmtheit nachweisbar. Die vermuthliche Opticusatrophie darf man wohl mit einiger Wahrscheinlichkeit auf eine Vergrösserung der Hypophysis beziehen. Der letzte Grund der Störung blieb wie bisher stets zweifelhaft. Dieselbe nimmt noch jetzt im 30. Lebensjahre des Mannes zu, so dass auch hier wieder die Freund'sche Theorie von dem abnorm gesteigerten Pubertätswachsthum keine Stütze findet.

Endlich spricht B. über die *traumatische Neurose*. Er giebt eine

kurze Schilderung des bekannten nach den Engländern und Franzosen besonders von Thomsen, Oppenheim, Strümpell u. A. ausgebauten Krankheitsbildes mit seinem Gemisch von psychischen, sensiblen und motorischen Reizungs- und Lähmungserscheinungen. Nach seiner Meinung ist Simulation schwer auszuschliessen, die Aufregung vielleicht in Folge der Beobachtung im Krankenhause kann Bedeutung namentlich für den Wechsel der Symptome haben, den Strümpell'schen Begriff der „localen traumatischen Neurose“ hält Red. für sehr bedenklich, weil durch allzu rasche Annahme einer solchen die Aufmerksamkeit leicht von der eigentlichen manchmal ganz bestimmten Krankheitsform — in einem Schultze'schen Falle nach Contusion einer Schulter durch einenschweren Sack einertypischen Brown-Séquard'schen Lähmung — abgelenkt werden kann. Auch ist eine wirklich locale Affection so rasch nach der Verletzung, wie vielfach angenommen wird, gar nicht denkbar, und widerspricht das Wort „local“ überhaupt der gerade für das Leiden charakteristischen verbreiteten Einwirkung auf das Nervensystem, während eine örtlich beschränkte Quetschung zunächst nur eine Nervendegeneration, nicht eine Neurose zur Folge haben dürfte. Sehr sonderbar erscheinen die sonst doch klinisch ganz unbekannten eigenthümlichen Gangarten dieser Kranken, deren Neigung zu Uebertreibungen durch viele Untersuchungen, Suggestivfragen, populäre Schriften leicht verstärkt werden kann. Nur so kann man sich die Flüchtigkeit vieler Symptome einigermassen erklären. Die Gesichtsfeldprüfung lässt öfters im Stich, die Störung ist hier häufig durchaus nicht sicher zu constatiren. Jedenfalls sollte man in einigermassen zweifelhaften Fällen ein entschiedenes Urtheil immer erst nach wochenlanger Beobachtung fällen.

Discussion. Edinger macht auf die Gefahr der mündlichen Verhandlungen vor den gewerblichen Schiedsgerichten aufmerksam, wobei ein förmlicher Unterricht durch die Vorträge der Aerzte statt finde. Die Interessenten würden direct in sachkundigster Weise auf die charakteristischen subjectiven Erscheinungen hingewiesen. Ob man nicht irgend wie schriftliche Gutachten erstreben könne.

Hitzig kennt nur letztere, die sich in jüngster Zeit colossal bei ihm gehäuft haben. Die Simulation ist ja möglich, sie wird durch ärztliche und populäre Literatur schon jetzt gestützt und kann dies noch mehr werden, doch hat H. reine Simulanten bisher nie, öfters aber Uebertreibende gesehen. Die auf der Hallenser Augenklinik controllirten Gesichtsprüfungen haben in sehr vielen Fällen angeblicher Störung ganz normale Verhältnisse ergeben, bei denen gewisse individuelle Schwankungen durchaus nicht selten vorkommen. Sehr wichtig sind die Herzsymptome: Unregelmässigkeit, Beschleunigung und abnorme Erregbarkeit, deren Objectivität vielfach controllirt wurde. Sehr wirksam zeigte sich mehrfach die Suggestivmethode: es wurde in der Hypnose der Erfolg einer bestimmten electrischen Behandlungsart vorausgesagt, die vorher an sich unwirksam geblieben war.

Bäumler warnt dringend vor zu weiter Ausdehnung der Krankheitsannahme. Er hat mehrfach unzweifelhafte Simulation an langer

Zeit als krank Behandelten gesehen. Die Suggestion wirkt noch mehr krankheitserzeugend als heilend, theils vom Individuum selbst theils von der Umgebung, namentlich unverständigen Frauen, ausgehend. In einem Falle wollte ein Patient einen Albinismus partialis von dem Unfall datiren, B. fragt ob Aehnliches sonst beobachtet wurde.

Fürstner hat ebenfalls bereits mehrfach Simulanten gesehen und schildert Fälle von sehr geschickter Nachahmung z. B. der Paralyse. Die Kenntniss des Inhalts auch der schriftlichen Gutachten verbreitet sich ungemein rasch, sie scheint in der That vielfach gestaltend auf das Krankheitsbild zu wirken. Auch die Herzerscheinungen sind keine sicheren Beweise gegen Simulation.

Rumpff erwähnt ein von Mannkopff hervorgehobenes Symptom: Pulsbeschleunigung durch Druck auf schmerzhaft Stellen. Krämpfe werden vielfach simulirt, die häufig entweder spontan vorhandenen oder durch leichte Reize zu erzeugenden fibrillären Muskelzuckungen lassen sich dagegen nicht nachmachen. Diagnostisch wichtig ist die elektrische Prüfung der Hautempfindung mit sehr starken Strömen.

Thomson verwarft sich gegen die seinen Untersuchungen entgegengehaltenen Bedenken und hält namentlich an der Bedeutung und Realität der Gesichtsfeldstörungen fest. Damals waren dieselben ja noch nicht bekannt, sondern wurden es erst durch diese Mittheilungen, auch handelte es sich bei seinen Kranken meist gar nicht um Entschädigungsansprüche. Red. beobachtete ganz constante, bedeutende concentrische Einschränkungen des Gesichtsfeldes, die er nur, wo sie wirklich erheblich waren, als werthvolle Symptome erkannt hat. Auch die anderweitigen Empfindungsstörungen lassen sich bis zu einem gewissen Grade objectiviren. Die ganze Affection steht der Hysterie nahe. Die sog. locale traum. Neurose kann auch Red. als etwas Berechtigtes nicht anerkennen.

Jolly will überhaupt lieber nur von traumatisch entstandenen Neurosen i. A., nicht von einer traumat. N. gesprochen wissen. Es sind hysterische Erkrankungen wie sie auch auf anderer Basis, z. B. nach schweren Typhen u. dgl. vorkommen. Auch jahrelang auf einzelne eng begrenzte Körpertheile beschränkte Formen der Hysterie sind seit langer Zeit, namentlich aus den Schilderungen englischer und französischer Autoren bekannt.

328) v. Corval (Baden): *Ueber Suggestivtherapie*: berichtet namentlich über das von ihm in Stockholm Gesehene, während er selbst nur über eine verhältnissmässig geringere Zahl von Beobachtungen verfügt. Sehr günstige Erfolge bei verschiedenartigen Neurosen, Neuralgien, Migräne, dann namentlich bei Alkoholismus. Auf den directen Befehl, gut zu essen, zu trinken und traumlos zu schlafen sei 5 mal schnelle Heilung ohne alle Abstinenzerscheinungen eingetreten. Recidive sind natürlich nicht ausgeschlossen, aber ebenfalls durchaus der Behandlung zugänglich. Unter Einhaltung des Grundsatzes, die Suggestion erst nach dem Fehlschlagen aller anderen Heilversuche anzuwenden, werden ferner Heilerfolge berichtet bei subjectiven Ohrgeräuschen, aber auch

Schwerhörigkeit, die Aussichten sind hier besonders dann günstig, wenn im hypnotischen Schlaf selbst bald eine bedeutende Besserung des Gehörs eintritt. Die eigentlich dauernde Besserung geht jedoch auch dann immer sehr langsam vor sich, bei jedem Erwachen starke Verschlechterung. Aehnlich ist es mit der Vorhersage beim Stottern, das selbst bei jahrelangem Bestehen noch Aussichten bietet. Erwähnenswerth sind ferner die palliativen Erfolge beim Bronchialasthma sowie pädagogische Besserungen. So hat C. rasche Wiederkehr eines freundlichen Wesens bei einem seit Monaten sehr böse gewordenen 3½ jährigen Kinde gesehen. Die Behauptung einer Einwirkung auf anatomische Veränderungen in den Centren hat man den französischen Autoren mit Unrecht imputirt. Bernheim sprach nur von den sich dazugesellenden functionellen Störungen, die ja auch anderen Heilmethoden zugänglich sind. Wenig geeignet zur Suggestiv-Therapie sind die Hysterie und schwere Formen der Neurasthenie. Eigentlichen Schaden wird man jedoch bei vorsichtiger Anwendung nicht leicht anrichten, zu vermeiden ist in erster Linie die Gewöhnung. Die bisher berichteten Fälle angeblicher Krankheitserscheinungen sind für den Nachweis eines wirklichen Zusammenhanges noch nicht beweisend genug. Die Suggestion darf nicht mehr zu Versuchszwecken, sie soll vielmehr in geordneter Weise und nach bestimmten Indicationen als Heilmethode angewendet werden. Genauer über diese Indicationen ergeben jedoch auch die schliesslich von Red. formulirten Sätze nicht.

329) **Bernheimer** (Heidelberg): *Zur Sehnervenkreuzung*. Redner demonstriert Präparate, die nach der von Michel selbst angewendeten Methode dessen Ergebnisse über die totale Sehnervenkreuzung widerlegen. Sein Irrthum beruhte darauf, dass seine Schnitte, wie man leicht an den Abbildungen nachweisen kann, nur die basalen, unteren Theile des Chiasma trafen, wo sich in der That fast nur total gekreuzte Bündel finden. In der oberen Chiasmahälfte dagegen sind ungekreuzte Bündel mit Hilfe der Weigert'schen Methode beim Embryo leicht nachweisbar. Demonstration der Präparate, ausführliche Veröffentlichung erfolgt im Archiv f. Ophthalmologie.

(Schluss folgt.)

II. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Von Dr. M. Dreikurs in Wien.

Sitzung vom 3. Mai 1889.

330) Prof. **Meynert**: *Zum Verständniss der traumatischen Neurosen im Gegensatz zu ihrer hypnotischen Entstehungstheorie*.

Ueber die Mechanik der Herderkrankungen im Gehirn hat man in den letzten Jahren viel Neues gelernt. Ueber die Mechanik der sogenannten functionellen Störungen hat man sich aber noch kein solches Urtheil gebildet. Man ist da in sehr interessanter, aber zweifelhafter Richtung mit Versuchen, diese Störungen zu erklären hineingerathen. In den letzten Jahren gerade hat die Frage der traumatischen Neu-

rosen viel Erörterung gefunden und hat wichtige Wandlungen durchgemacht, indem man früher den Einfluss auf das Rückenmark in Betracht zog, später aber den Einfluss des Gehirns in gebührender Weise würdigte. Es ist ja jedem bekannt, dass ein jedes Trauma eine bleibende psychische Gebrochenheit hervorrufen kann. Eine sehr vollständige Ueberschau der bekannt gewordenen Krankheitsfälle und einen Einblick in wissenschaftliche Gesichtspunkte haben wir Oppenheim zu verdanken. Er hat darauf aufmerksam gemacht, dass das Trauma oder die Erschütterung, welche den Anstoss geben zum Auftreten der wesentlichen functionellen Ausfallserscheinungen, nicht ein wirkliches sein muss und dass die einwirkende mechanische Ursache in keinem Verhältniss steht zu den Erscheinungen, die dann auftreten. Wir finden, was die functionellen Lähmungen betrifft, in den Vorlesungen von Charcot Erwägungen und klinische Thatsachen angeführt, in welchen dieser die Erweichungsherde im Gehirn, soweit sie Ausfallserscheinungen setzen, u. z. functionelle Empfindungsstörungen, Anästhesien etc. vollkommen gleich setzt dem Krankheitsbilde, welches geboten wird bei den sogenannten hysterischen Lähmungen. Er hat eine Abbildung dabei vorgeführt betreffs der Verhältnisse der inneren Leitungsbahn, die uns insbesondere durch die aufhellenden Studien Flechsig's als einschliessend die Pyramidenbahnen wichtig geworden ist, die sogenannte innere Kapsel, in ihrem centralen Antheile der Fuss des Stabkranzes, in ihrem basalen Antheile der Fuss der Gehirnschenkel. Von den Herderkrankungen abgesehen hat Charcot gezeigt, dass functionelle Lähmungen, die er hysterische Lähmungen nennt, die Erscheinungsgruppen der cerebralen Anästhesie bieten; doch ist dabei anatomisch minder gut erklärlich die Geruchlosigkeit; vom Gehör kennen wir die centralen Bahnen nicht, doch zeigt die klinische Erfahrung, dass sie sich auch in der Nähe befinden müssen. Viele Autoren haben gesagt, dass die hysterischen Lähmungen sich so verhalten, als wenn der hintere Theil der inneren Kapsel ausgeschnitten würde; Charcot hat sich über den Mechanismus der functionellen Lähmungen keine Meinung geschaffen, obwohl er über die blosse Localisation von den physiologischen Zerstörungsversuchen aus die Idee gefasst hat, die Ernährungsversuche zur Gewinnung von Thatsachen heranzuziehen. Von der Basis des Circulus Willisii gehen eine grosse Menge von kleinen Gefässen in das Gehirn über, die alle Endarterien sind. Charcot hat seine Aufmerksamkeit zugewandt den grossen Arterien, der A. profunda, media und der Balkenarterie und hat den Ernährungsbezirk dieser in Betracht ziehend, daran seine Erörterungen geknüpft. Nun hat Dr. Kolisko ein richtiges Inpretnspräparat der basalen Hirnarterien verfertigt, an dem die groben Verhältnisse ersichtlich sind. Daran sieht man, dass die von Charcot angegebenen Verhältnisse vollständig richtig sind; nur ein Gebiet ist von Charcot nicht erwähnt, dass der Arteria chorioidea, oder, wie Burdach sie nennt, Arteria pedunculi cerebri, die unmittelbar vor dem Uebergang der Carotis in die Arteria fossae Sylvii entspringt. Sie übersetzt die Fossa Sylvii und theilt sich im Plexus chorioideus auf. Von dieser

gehen sehr zahlreiche Arterien in den tractus opticus und Enderarterien in den Fns des Hirnschenkels, der den Basalantheil der inneren Kapsel bildet. Es gehen also von dieser Arterie nutritive Arterien in den Hirnschenkel und in die innere Kapsel. M. hat schon im vorigen Jahre hervorgehoben, dass es auffällig ist, dass in der vorderen Abtheilung der inneren Kapsel ein Grenzgebiet ist, von dem nicht sicherzustellen ist, ob es dem Ernährungsbezirke des vorderen oder des hinteren Antheiles der inneren Kapsel zufällt. Wenn dem die Injectionsversuche Kolisko's nicht widersprechen, so begreifen wir Eigenthümlichkeiten, welche die functionellen Lähmungen von den Herderkrankungen unterscheiden. Wir wissen, dass die motorischen Hemiplegien das untere Facialisgebiet, die Zunge, die oberen Extremitäten, im minderen Grade die unteren Extremitäten betreffen; bei den functionellen oder hysterischen Hemiplegien ist es eine bestätigte Thatsache, dass die Facialis- und Zungenlähmung selten ist. Wenn wir nun denken, dass die Kopfmuskulatur in den vorderen Abschnitten des hinteren Segmentes der Kapsel vertreten ist und ein Ernährungsgebiet begreift, welches der mittleren Hirnarterie zufällt, so können wir uns denken, dass wenn wir auf einen Mechanismus kommen, bei dem dieses Gebiet intact bleibt, die Lähmungserscheinungen am Facialis und an der Zunge ausfallen können. Und wenn bei den functionellen Hemiplegien sicher ausser Ernährung gesetzt sind die sensibeln Bahnen der inneren Kapsel, an die zunächst die Projection der unteren und nicht der oberen Extremität stösst, so wird es uns begreiflich, dass diese Hemiplegie sich mehr mit Lähmung der unteren als der oberen Extremität verbindet.

Charcot führt ferner Fälle an, dass Leute auf die Schulter gefallen sind und Monoplegie und gleichzeitig Anästhesie zeigten. Er erklärt dies dahin, dass der Zustand in welchen durch den Shock das Bewusstsein versetzt wird, als ein getrübtet betrachtet werden kann und sowie in der Hypnose Suggestionen gemacht werden können, so können durch Autohypnose im Zustande des Shock diese Lähmungszustände entstehen. Er hat dies durch sinnreiche Demonstrationen zu erweisen gesucht. Er führt eine Hysterische vor, die er hypnotisirt und der er suggerirt, ihr Arm sei unbeweglich und unempfindlich. Nach dem Erwachen ist der Arm gelähmt. Dann versetzt er die Kranke wieder in Hypnose und gibt ihr einen leichten Schlag auf die Schulter; sie stösst einen Schrei aus und zeigt die functionelle Hemiplegie und Anästhesie. Dann führt er noch eine Hysterische vor, die immer in einem Halbbewusstseins-Zustande sich befindet und sich in diesem auch suggeriren lässt. Er führt an dieser dasselbe Experiment aus, wieder mit demselben Erfolge. Man muss aber darauf aufmerksam machen, dass wir einen Menschen, der ein überraschendes Trauma erleidet, nicht vergleichen könne mit einem hysterischen, der durch längere Zeit seine Gedanken auf eine solche Lähmung gerichtet hat. Die Beweiskraft dieser Experimente wird dadurch bedeutend geschmälert. Oppenheim hat seine Auffassung über functionelle Lähmung dahin modificirt, dass sie corticaler Natur sei und dass die Kranken die Innervationsimpulse

zur Rinde nicht normal zur Geltung bringen können. Dagegen muss aber eingewendet werden, dass eine Anfallserscheinung, die Aphasie bei den traumatischen Neurosen gar nicht vorkommt. Und wenn wir uns denken, welche ausgebreitete Gebiete der centralen Regionen, in welchen die Centren der Pyramidenbahnen liegen, das Gehörfeld der Rinde im Schläfenlappen, das Gesichtsfeld im Hinterhauptslappen ausser Function treten, so wäre damit das Erhaltensein des Bewusstseins kaum vereinbar. Es ist demnach wegen der Anatomie der Basalarterien, wegen des Zusammenhangs der Arteria chorioidea mit der inneren Kapsel, dem tractus opticus und den Wänden des untern Hornes wohl anzunehmen, dass wenn diese unwegsam würde, dies im Stande wäre, functionell alle diese Ausfallserscheinungen zu geben. Für diese Annahme ist noch ein zweiter Grund vorhanden.

M. ist der Meinung, dass der hysterisch-epileptische Anfall und der epileptische Anfall nicht von einander zu unterscheiden sind. Unverricht hat gezeigt, dass durch Reizung der Rinde epileptische Anfälle hervorgerufen werden können und die Reihenfolge des Eintretens entwickelt sich in einem solchen Nacheinander, als kröche ein Reiz in der Rinde von einem Feld zum andern. Er hat auch gezeigt, dass das eigentliche Krampforgan doch nicht der Cortex sein kann; er leitet die Krämpfe nur ein, ist aber nicht der Herd, von dem er ausgeführt wird. Denn die epileptischen Anfälle sind beiderseitig, der Cortex aber ist ein streng abgegrenztes einseitiges Organ. Es gehen die beiderseitigen Projectionen von der Hirnrinde nach abwärts bis in die Medulla oblongata und treffen hier aufeinander. Es ist also in der Medulla oblongata ein subcorticales Krampfcentrum zu suchen. Diese Theile der Medulla oblongata sind auch Gefässcentren und so wird uns der nähere Zusammenhang der epileptischen und hysterisch-epileptischen Anfälle mit vasomotorischen Störungen klar sein. Eine vasomotorische Störung wird aber in den von weiten Gefässen versorgten Gebieten weniger Folgen haben, als in den von den sehr engen und in Endarterien ausgehenden Arteria chorioidea ernährten Theilen.

Charcot hat ferner gemeint, dass die hypnotischen Manipulationen eine geeignete Therapie seien zur Heilung der functionellen Lähmungen. Dass diese heilbarer sind als Herdzerstörungen ist klar, die Prognose ist aber immer eine ungünstige und es kann sich nicht empfehlen, weitgehende Versuche mit hypnotischer Behandlung dieser Fälle zu machen.

III. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Von Dr. Karl Schaffer in Budapest.

Sitzung vom 4. Mai 1889.

331) Arthur Schwarz stellt einen Fall von *spastischer Spinalparalyse* vor mit gleichzeitig vorhandener Epilepsie. Vortragender hält beide Affectionen mit einander zusammenhängend, denn wenn wir die Paralyse für primär halten, so weist dies auf die Affection der Cortical-

bahn hin, betrachten wir aber die Epilepsie für primär, so ist die Lateralsclerose eine secundäre Entartung und bei der Annahme der corticalen Natur der Epilepsie ist eine Lateralsclerose ein fast logisches Postulat.

Julius Donáth hält den Zusammenhang beider Krankheiten für gewagt, da die Epilepsie ein aus verschiedenen Ursachen entstehender Symptomecomplex sei.

Arthur Schwarz kann zwar den Zusammenhang beider Affektionen nicht als bewiesen erachten, doch ist die Annahme desselben nicht gewagt, da eben in neuester Zeit die Geneigtheit vorherrscht, die Ursache der genuinen Epilepsie in das psychomotorische Centrum zu verlegen.

Sitzung vom 11. Mai 1889.

332) **Jacob Salgó** demonstriert das anatomische Präparat einer *Hemiatrophie cerebri*. Der 19jährige junge Mann litt seit seiner frühesten Kindheit an epileptiformen Convulsionen, wobei sich eine immer mehr zunehmende halbseitige Lähmung entwickelte. Diese Lähmung deutete darauf hin, dass eine symptomatische und nicht idiopathische Epilepsie vorhanden sei, welche mit topischer Gehirnveränderung zusammenhänge. Die rechte Hemisphäre ist kaum die Hälfte der linken, die Gyri, besonders des Occipitallappens papierdünn; die Veränderungen der Centralwindungen sind die geringsten. Die rechtsseitigen Basalganglien atrophisch; über die Varolsbrücke hört die Atrophie auf; Rückenmark normal. — Letzteren Umstand möchte Vortragender mit der *relativen* Unversehrtheit der motorischen Felder in Connex bringen.

E. Jendrassik sagt, dass das Gehirn der „Cerebral-Rindenlähmung“ entspricht; nach seinen Untersuchungen ist in solchen atrophischen Windungen das Bindegewebe vermehrt, Nervenfasern geschwunden; der Krankheit geht gewöhnlich eine fieberhafte infectiöse Krankheit voran.

J. Salgó bemerkt, dass über die Aetiologie nichts zu eruiren war; die eingehende Untersuchung des Kranken war in Folge vorgeschrittenen Blödsinnes nicht vorzunehmen.

III. Referate und Kritiken.

333) **Albert Moll** (Berlin): Der Hypnotismus.

(Fischer's med. Buchhandlung [H. Kornfeld]. Gr. 8^o 279 S. Pr. 4,50 M.)

Die Geschichte der hypnotischen Bewegung im letzten Decennium zeigt klar, wie die richtige Erkenntniss sich nur ganz allmählich Bahn zu brechen vermag, wie trotz aller exacten Forschungen eine gewisse Voreingenommenheit der ersten so verdienten Bearbeiter dieses Gebietes in Deutschland das Verständniss und die richtige Schätzung der dem Ärzte, dem Physiologen und Psychologen in gleicher Weise wichtigen

Vorgänge erschwert hat. Nachdem das den ersten hypnotischen Schauluststellungen anhaftende Odium, dass es sich nur um eine Täuschung, um eine mit dem Tischrücken und Geisterklopfen auf eine Stufe zu stellende Verirrung der Geister handle, durch genaue mit allen wissenschaftlichen Cautelen angestellte Untersuchungen behoben war, verfiel man in den Fehler nun alle die complicirten und mannigfaltigen Erscheinungen der Hypnose in rationalistischer Weise als einfache Reflexbewegungen - bei Verlust des Bewusstseins - zu betrachten, also gewissermassen den ganzen Vorgang als Analogon eines Experimentes am enthirnten Frosche anzusehen. Erst als sich die Ueberzeugung Bahn brach, dass bei allen, den complicirtesten und den einfachsten Aeusserungen der Hypnose, die Beeinflussung der Psyche - Suggestion - die wichtigste Rolle spiele, erst als die Beeinflussung derjenigen Seitenäusserung des Seelenlebens, die wir Bewusstsein nennen, durch die hypnotischen Manipulationen mit aller Schärfe als der wichtigste Factor hingestellt werden konnte, erst dann war der richtige Weg zur Beurtheilung und der objective wissenschaftliche Standpunkt gewonnen, von dem aus sich die unerwarteten, scheinbar so differenten und theilweise den herrschenden physiologischen Anschauungen gerade widerstreitenden Resultate einer umfassenden Erklärung zugänglich zeigten. Nun war es auch möglich die Früchte der Untersuchung zu ernten und die Ergebnisse, die die Physiologie, die Psychologie - oder sagen wir lieber, um die Verwandtschaft beider Gebiete zu betonen, die Neurobiologie und die Therapie gewisser Krankheitsformen aus den hypnotischen Studien gezogen hat, als zweifellose, jederzeit demonstrable Thatfachen und somit als gesicherten und nutzbringenden Besitzstand für Wissenschaft und Praxis zu betrachten.

Dass die Therapie durch die hypnotische Behandlung in der That für eine Reihe von Fällen eine wesentliche Bereicherung erfahren hat, wird heut angesichts zahlreicher wohlbewiesener Erfolge Niemand mehr leugnen können; Sache der weiteren kritischen Prüfung wird es sein die Grenzen der Wirksamkeit der verschiedenen Formen der psychischen Therapie, für die wir seit vielen Jahren eingetreten sind, abzugrenzen und die durch hypnotische Suggestion wirkende Behandlung von der erziehenden, die, von der Analyse der Vorgänge ausgehend, unter Berücksichtigung der Individualität des Patienten die fehlerhafte Innervation durch methodische Ueugung der nervös agirenden Muskeln oder durch Kräftigung des Willens und die Widerstandskraft in richtige Bahnen zu lenken versucht. (Referent hat seine Erfahrungen über diesen Gegenstand in den Artikeln: Cardialgie und Dyspepsie der Eulenburg'schen Encyclopädie, ferner in einer Arbeit über den nervösen Husten und seine Behandlung (Berl. Klin. Woch. 1887), sowie in einer Abhandlung über hysterisches Luftschlucken etc. (Wiener med. Presse 1889) niedergelegt.

Wenden wir uns nach diesen Bemerkungen zur Besprechung des in der Ueberschrift genannten Buches, so haben wir vor allem hervorzuheben, dass es bei aller Strenge wissenschaftlicher Darstellung und Beweisführung doch eine frische und anregende Darstellung zeigt, die

dem Leser nnwillkürlich ein Interesse an dem behandelten Gegenstande einflössen muss. Die Arbeit Moll's zeigt ferner, obwohl Verfasser seinen durchaus selbstständigen Standpunkt mit aller Energie vertritt, durchgehend das Bestreben auch den Ansichten Anderer mit Objectivität gegenüberzutreten, indem die Thatsachen in sehr übersichtlicher Weise so vorgetragen werden, dass der unbefangene Leser sich selbst ein ungetrübtes Urtheil zu bilden im Stande ist.

Moll's Buch ist wohl das erste in Deutschland erschienene, welches das *gesammte* Gebiet des Hypnotismus in eingehender Weise behandelt, da unseres Wissens die bis jetzt auf dem deutschen Büchermarkte erschienenen, das Thema des Hypnotismus behandelnden Schriften entweder nur einen Theil des grossen Gebietes bearbeitet haben oder als Uebersetzungen französischer Werke einen allzu einseitigen Standpunkt vertreten. Wir können deshalb das vorliegende Buch allen denjenigen, die sich für die Lehre von der Hypnose, — zweifellos das interessanteste Gebiet der Neurophysiologie, — interessieren, und denen daran gelegen ist in objectiver Weise über den augenblicklichen Stand der Dinge orientirt zu werden, angelegentlichst empfehlen und verweisen besonders auf die lehrreiche und interessante Darstellung im 2., 3., 5. u. 7. Capitel. Das Werk ist typographisch gut ausgestattet und ein umfangreiches Namen- und Sachregister erleichtert die Orientirung: von einer ausführlichen Angabe des Fundortes der einzelnen Arbeiten ist, um das Volumen des Buches nicht zu sehr anschwellen zu lassen, Abstand genommen worden unter Hinweis auf die genauen Zusammenstellungen von Moebius und Dessoir. Wir würden wünschen, dass bei einer neuen Auflage, die bei den Vorzügen des Werks wohl nicht lange auf sich warten lassen wird, eine kritisch gehaltene Auslese der wichtigsten Arbeiten beigegeben werden möge und dass einige im populären Sinne gehaltenen Erläuterungen wissenschaftlicher Termini wegfallen möchten. Da eine ausführliche Angabe des Inhalts natürlich unmöglich ist, so müssen wir uns darauf beschränken einige der wichtigsten Punkte hervorzuheben:

Nachdem der Verfasser in dem ersten Capitel die geschichtliche Entwicklung des Hypnotismus und dessen historischen Zusammenhang mit dem thierischen Magnetismus dargelegt, aber auch auseinandergesetzt hat, dass ein *innerer* Zusammenhang hier nicht besteht, werden in dem zweiten Capitel an der Hand einiger Beispiele die allgemeinen Erscheinungen der Hypnose, die Mittel sie zu erzeugen und zu beendigen, geschildert. Besonders erwähnt sei hier das Braid'sche Verfahren über das nach M. vielfach irrthümliche Ansichten verbreitet sind. So legte Braid z. B. nicht, wie gewöhnlich angenommen wird, den Hauptwerth, eine Hypnose zu erzielen, auf die Fixation oder gar den Strabismus convergens, sondern auf die eine Zeit lang stattfindende einseitige Anspannung der Aufmerksamkeit, d. h. auf einen psychischen Act. Das dritte Capitel enthält eine erschöpfende Symptomatologie der Hypnose, wobei eine Trennung derselben in die Physiologie und Psychologie durchgeführt wird. Die wichtigsten Erscheinungen in der Sphäre des Bewusstseins und Willens werden einer eingehenden Erörterung

unterzogen. Dass auch in der tiefen Hypnose, entgegen vielfachen Ansichten, der Hypnotisirte seine Individualität beibehält, sei kurz erwähnt; er ist keineswegs ein willen- oder bewusstloser Automat, ist vielmehr im Stande, in mannichfacher Weise seinen eignen Willen zu äussern. Eine Person, die bei tiefer Hypnose sich mit Leichtigkeit alles andere suggestiren lässt, die in jede beliebige frühere Lebensperiode durch einfache Befehle des Experimentators zurückversetzt werden kann, lehnt es entschieden ab, sich in das Lebensalter von 13 Jahren versetzen zu lassen, weil sie vor der Zahl 13 stets eine abergläubische Furcht hat.

In dem vierten Capitel geht Verfasser genauer auf die Versuche ein, die gemacht wurden, um die hypnotischen Erscheinungen zu erklären. Doch erscheinen ihm die physiologischen Theorien, z. B. die Heidenhain's von der Thätigkeitshemmung der grauen Hirnrinde (Reflexhemmung), ziemlich mangelhaft begründet, da sie gewöhnlich von der falschen Voraussetzung ausgehen, dass das Bewusstsein in der Hypnose aufgehoben sei, er begründet dem gegenüber in, wie wir glauben, gelungener Weise die Ansicht, dass in der Hypnose Aeusserungen des Bewusstseins vorkommen und dass aus dem Fehlen oder Vorhandensein der posthypnotischen Erinnerung kein Schluss auf das Fehlen oder Vorhandensein des Bewusstseins während der Hypnose gemacht werden dürfe.*)

Im fünften Capitel wird die Simulationsfrage erörtert, zu deren Entscheidung der Verfasser dieselben Grundsätze fordert, wie bei den Psychosen, wo einzelne objective Merkmale keineswegs absolut unentbehrlich sind, um die Simulation auszuschliessen. Interessant ist die von Moll und Anderen gemachte Beobachtung, dass mancher nach Beendigung der Hypnose simulirt oder nach Gefallen gehandelt zu haben glaubt, während er in Wirklichkeit unter dem Einfluss eines Zwanges stand, es ist dies jedenfalls eine sehr merkwürdige Urtheilstäuschung.

Die beiden folgenden Capitel behandeln die Beziehungen des Hypnotismus zur Medicin und Jurisprudenz. Alle gegen die therapeutische Verwerthung des Hypnotismus vorgebrachten Einwendungen sucht Verfasser zu widerlegen. Was besonders die Gefährlichkeit der Hypnose anlangt, so glaubt Moll, dass in der Medicin kaum ein absolut un-

*) Es gereicht dem Referenten zur besondern Genugthuung schon zu einer Zeit, in der die Aeusserungen der Medien in der Hypnose nur als eine Art von Reflexbewegungen nach Ausschaltung der Grosshirnrinde aufgefasst wurden, energisch darauf hingewiesen zu haben (Bresl. ärztl. Zeitschr. 1880 S. 56.), dass bei der Hypnose psychische Vorgänge die Hauptrolle spielen, da er bei seinen Studien über das Verhalten der Reflexe im Schlafe (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 1) genügend Gelegenheit hatte über die principiellen Verschiedenheit der dort auftretenden Verhältnisse einfacher Reflexbewegungen, welche zu der durch den Schlafzustand bedingten Ausschaltung des Grosshirns in Beziehung stehen, und der äusserst complicirten Vorgänge in der Hypnose, die ohne Mitwirkung des Grosshirns resp. der den seelischen Functionen dienenden Theile nicht denkbar sind, klar zu werden.

schädliches wirksames Heilmittel existirt, da bei falscher Anwendung fast jedes Medicament zu schaden im Stande ist. Ernste Gefahren der Hypnose könne man bei deren vorsichtigen Anwendung, zumal bei richtiger Art des Erweckens, verhindern.

Das letzte Capitel behandelt einige mit dem Hypnotismus geschichtlich zusammenhängende Erscheinungen (den thierischen Magnetismus, Sinnesverlegung etc.), die Einzelne beschrieben haben, deren Realität Moll aber wegen der von ihm ausführlich erörterten mannichfachen Fehlerquellen bezweifelt.

O. Rosenbach.

334) Pelizaens: Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie.

(Deutsche Medicinal-Zeitung 1889, Nr. 28 und 29.)

Für die Beurtheilung des Aufsatzes von P. muss man zwei Dinge auseinanderhalten, die in der Arbeit selbst vielfach mit einander abwechseln; 1. Die recht vollständige Zusammenstellung der mehr oder weniger bekannten differentialdiagnostischen Kennzeichen und der Anschauungen anderer Autoren über Neurasthenie und 2. die vom Verfasser aus seinen eigenen Beobachtungen gezogenen Schlüsse.

Erstere interessiren uns nur insofern, als Verf. bei streitigen Punkten Partei ergreift; letztere, soweit sie zur Erleichterung der Diagnose von Werth sind. P., dessen Aeusserungen sich einmal in sehr auffallender Weise widersprechen, scheint im Allgemeinen eine recht pessimistische Ansicht über die Möglichkeit einer Differentialdiagnose zu haben.

In der Einleitung polemisiert er gegen Arndt, weil dieser den rein functionellen Character der Neurasthenie bestreitet und dann, weil derselbe annimmt, dass aus der Nervenschwäche sich oft schwere organische Erkrankungen, Tabes, multiple Sclerose, Paralyse etc. entwickeln.

Ich glaube, dass Verf. in Bezug auf den ersten Punkt den abweichenden Ansichten Arndt's nicht ganz gerecht geworden ist und will dafür einige Sätze aus dessen Buch anführen: „Es ist unwissenschaftlich, von functionellen Krankheiten im Gegensatz zu organischen Erkrankungen zu reden. Nicht die Functionsstörung bildet die Krankheit, sondern die anatomische Störung in der Nervensubstanz, welche Unterlage derselben ist. Es gibt keine Functionsstörung ohne Aenderung des Functionsträgers. Alle Krankheiten sind organisch und die, welche man als functionelle bezeichnet, beruhen nur auf so feinen Veränderungen der kleinsten Theile der Organe, dass diese als Ganze, zumal bei oberflächlicher Betrachtung nicht verändert erscheinen.“ Endlich führt Arndt als pathologisch-anatomische Ursache der Neurasthenie mehr oder minder tiefgehende Ernährungsstörungen des Nervensystems an. — Das sind doch Anschauungen, die man unbedingt unterschreiben kann und es ist interessant, wie Verf. nachdem er sich sehr entschieden gegen Arndt's Auffassung ausgesprochen hat, sich doch allmählich immer mehr dem Standpunct desselben nähert.

Anders liegt die Sache in Bezug auf den zweiten Punkt: Verf. bestreitet die häufige Entwicklung schwerer organischer Erkrankungen

aus der Neurasthenie unter Berufung auf Erb und Strümpell, nach denen das nur sehr ausnahmsweise vorkomme und citirt Moebius, welcher behauptet, dass wir, je länger die Neurasthenie bestehe, um so sicherer eine organische Laesion ausschliessen können. Ich glaube, wir könnten noch weiter gehen als Erb und Strümpell und die Entwicklung schwerer secundärer Nervenleiden aus der Neurasthenie ganz von der Hand weisen. Dass bei Nervenschwäche, also in einem schlecht ernährten Nervensystem, die Einwirkungen, welche z. B. Tabes hervorrufen, eben so gut, oder noch leichter diese Krankheit erzeugen werden, als beim Gesunden, versteht sich von selbst; darum ist aber die Neurasthenie an sich doch nicht die Ursache dieser Erkrankung. Wollten wir das behaupten, so dürften wir mit demselben Recht den Satz aufstellen, dass aus einer einfachen Anaemie, welche die Folge von unzweckmässiger Lebensweise, ungenügender Ernährung oder dergleichen war, perniciöse Anaemie oder Leukämie entstehen können!

Für die Differentialdiagnose haben nach Verf.'s Ansicht die objectiven Erscheinungen, welche im Beginn schwerer organischer Erkrankung auftreten, besonderen Werth, weil die subjectiven Klagen der Patienten bei beiden Krankheitsformen dieselben sein können. Aber selbst bei strengster Berücksichtigung der objectiven Symptome wird es, nach ihm, in vielen Fällen unmöglich sein eine Diagnose zu stellen, auch wenn man die Kranken längere Zeit in genauer Beobachtung hat.

Dieses Geständniss dürfte die differentielle Diagnose doch noch schwieriger erscheinen lassen, als sie es in Wirklichkeit ist, denn beim Fehlen der weiterhin von P. ausführlicher besprochenen Kennzeichen organischer Erkrankung werden uns Anamnese und Aetiologie meist ein ziemlich sicheres Urtheil gestatten.

Der Umstand, dass in vielen Fällen nach heftigen Erschütterungen, Eisenbahnunfällen etc. die Erscheinungen der Neurasthenie stark in den Vordergrund treten, gibt Verfasser Veranlassung zu einer kurzen Besprechung der traumatischen Neurosen. Er macht darauf aufmerksam, dass oft nach jahrelangem Fehlen organischer Störungen sich solche entwickeln können und erklärt deshalb eine differentielle Diagnose, ob als Folge des Unfalls nur eine Neurasthenie vorliege, oder schwere organische Erkrankung zu erwarten sei, für unmöglich. Die verdienstvollen Arbeiten von Oppenheim lassen es zweckmässiger erscheinen, die traumatische Neurose als eine Krankheit eigener Natur aufzufassen. Das empfiehlt sich auch schon deshalb, weil nach solchen Unfällen die neurasthenischen Erscheinungen besonders da stark in den Vordergrund treten, wo, wie Strümpell sehr treffend bemerkt, die Weitläufigkeiten und häufigen Streitigkeiten mit Krankenkassen und Versicherungsgesellschaften die Kranken in Unruhe versetzen. Die neurasthenischen Erscheinungen dürfen nach Strümpell eher diesen psychischen Wirkungen, als dem Trauma zuzuschreiben sein.

Nach einem kurzen Ueberblick über die differentielldiagnostisch wichtigen Symptome erwähnt Verf. die als Theilerscheinungen der Neurasthenie betrachteten nervösen Erscheinungen am Herzen, am

Respirationsapparat, Magen- und Darmkanal und endlich am Sexualapparat. Er bemerkt dazu, dass die Unterscheidung, ob es sich im einzelnen Falle um rein nervöse Störungen handle, oder um wirkliche Erkrankungen der genannten Organe, oder auch um eine Combination beider, oft nur nach langer sorgfältiger Beobachtung, oft aber gar nicht möglich sei. Und nachdem er auch hier wieder seinem Pessimismus betreffs der Möglichkeit einer Differentialdiagnose Ausdruck gegeben hat, folgen die Worte: „Am wichtigsten für den Kranken ist, wie schon gesagt, die Entscheidung, ob es sich um Neurasthenie oder um eine organische Gehirn- oder Rückenmarkserkrankung handelt. *Nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse wird die Unterscheidung von letzterer keine Schwierigkeiten bieten.*“ Wie stimmt das zu den früher gebrauchten Worten: „*Es wird in vielen Fällen unmöglich sein, eine sichere Diagnose zu stellen etc.*“?

In der Absicht Arndt's Ausspruch, dass sich schwere organische Erkrankungen aus der Neurasthenie entwickeln können, zu entkräften, führt P. ein paar Fälle aus seiner Praxis an, in welchen, ein halbes resp. dreiviertel Jahr nach Heilung der zuerst aufgetretenen neurasthenischen Beschwerden, ähnliche Erscheinungen sich von Neuem zeigten, als deren Ursache später organische Veränderungen erkannt wurden. Er nimmt an, dass das Gehirn der Patienten sich zur Zeit der ersten Behandlung schon im Beginne einer localen Erkrankung befunden habe und in diesem schon erkrankten Gehirn durch Ueberanstrengung neurasthenische Allgemeinerkrankung hervorgerufen worden sei. Während aber durch geeignete Behandlung die Neurasthenie beseitigt wurde, habe das locale Leiden langsam Fortschritte gemacht und es seien allmählich auch objective Erscheinungen desselben aufgetreten, wie Lähmung, Schwindel, Doppelsehen etc.

Ich glaube, auch ohne diese etwas langathmige Auseinandersetzung würde kein Mensch darauf verfallen sein, die beschriebenen Fälle in Arndt's Sinne zu deuten. Der erste von beiden, in welchem eine früher stattgehabte syphilitische Infection constatirt war, beweist übrigens den von P. nirgends betonten Werth der Anamnese für die Differentialdiagnose.

P. erzählt ferner den Fall eines an typischer progressiver Muskelatrophie leidenden Ingenieurs, bei welchem nach seiner Ansicht dadurch Neurasthenie hervorgerufen worden sein soll, dass Patient sich Sorgen über seinen Zustand gemacht habe. Gegen diese Auffassung liesse sich einwenden, dass es dann nicht recht erklärlich sei, warum beim Fortbestehen resp. Weiterschreiten des Grundleidens die Neurasthenie zur Heilung gekommen sei.

Als besonders werthvoll für die Unterscheidung von Neurasthenie cerebralis und organischen Hirnerkrankungen schildert Verf. die Erscheinungen an den Augen, er citirt dabei Ziehen, Moebius, Rosenbach, Uhthoff und Erb. Er leitet dann seine Beobachtungen über den diagnostischen Werth der Pupillardifferenz bei erhaltener Accommodation und Reaction auf Licht durch Anführung der Ansichten von Moebius, Raehlmann, Mendel und Arndt ein, welche

nach seinen Citaten zu schliessen, sämmtlich die einseitige Mydriasis als Zeichen organischer Erkrankung auffassen und besonders die springende Mydriasis, bei welcher bald die eine, bald die andere Pupille die weitere ist, als von übler Prognose bezeichnen.

Verf. betont, dass, ausser ihm selbst, nur Beard Pupillendifferenz bei Neurasthenie beobachtet habe und ihr deshalb keine unbedingt ungünstige Bedeutung beilege.

P.'s eigene Untersuchungen über das Vorkommen und die Bedeutung der Pupillardifferenz erstrecken sich über einen Zeitraum von 6 Jahren und es ist ihm gelungen bei einem Material von 320 Fällen der cerebralen Neurasthenie an 11 Kranken, 10 männlichen und 1 weiblichen, diese Erscheinung nachzuweisen, d. h. also bei etwa 3 1/2 Procent aller seiner Fälle.

Er schliesst daraus, dass bei Neurasthenie vorübergehend Pupillardifferenz vorkomme und entweder immer dieselbe Seite treffe oder auch in kürzeren oder längeren Zwischenräumen wechseln könne. Meist steht nach ihm das Auftreten dieses Symptoms mit einer Verschlechterung des Allgemeinbefindens in Zusammenhang. Die Prognose hält er für günstig, weil in den meisten Fällen dauerndes Verschwinden der Pupillardifferenz eingetreten sei. Andauernde einseitige Mydriasis endlich ist, auch nach ihm, meist von übler Prognose, doch hat er zweimal beobachtet, dass eine andauernde Erweiterung der einen Pupille länger als ein Jahr bestand und sich dann doch verlor.

Verf. scheint seine diesbezüglichen Beobachtungen mit allen nur denkbaren Cautelen angestellt zu haben und ist das vereinzelte Vorkommen dieses Symptoms bei der Neurasthenie gewiss interessant; indessen verliert dasselbe, wenn die Beobachtungen richtig waren, was ich keineswegs bezweifle, seinen Werth für die Differentialdiagnose, die durch die Arbeit von Pelizaeus trotz ihres Titels überhaupt nicht gerade gefördert wird.

Franz (Schwalbach).

335) Wagner (Wien): Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden. (Jahrbücher für Psychiatrie III. 3. 1889.)

Zwei Momente sind es, welche bei der Strangulation eine Störung der Gehirnthatigkeit herbeiführen können, die Asphyxie und der Verschluss der Carotiden. Die Asphyxie schädigt das Gehirn durch den Mangel an O₂, was mit schweren Ernährungsstörungen verknüpft ist, wie der Vergleich mit der Kohlenoxydvergiftung lehrt, die ja auch eine Art Erstickung ist, ebenso ruft die durch den Carotidenverschluss bedingte Anämie des Gehirns schwere Störungen hervor. Nachdem ein Erhängter abgeschnitten worden ist, befindet er sich zunächst im Zustande der *Bewusstlosigkeit*, dieser dauert verschieden lange je nach der Zeit, die der Kranke gehangen hat. Bevor letzterer wieder völlig zum Bewusstsein zurückkehrt, treten *allgemeine Convulsionen* auf; dieselben zeigen sich nie unmittelbar nach der Abnahme; treten oft erst nach mehreren Stunden auf. Ihre Dauer ist sehr verschieden von 1/2 Stunde bis zu einem halben Tage. Die Convulsionen sind entweder

epileptiforme oder haben mehr einen tetanischen Charakter, oder es wechseln klonische Zuckungen mit tetanischen ab; manchmal sieht man zuerst epileptische Zuckungen und darnach tetanische mit Opisthotonus und arc-en-cercle wie bei Hysterischen. Auch Zuckungen auf einer Seite oder sonstige einseitige Bewegungen wurden beobachtet. Als Ursache dieser Zuckungen kann nach den Experimenten von Mayer sowohl die durch die Asphyxie als durch Carotidenverschluss erzeugte Ernährungsstörung angesehen werden; denn „wenn die terminalen Nervensubstanzen einer Störung ihrer normalen Ernährung ausgesetzt sind, die eine bestimmte, für die bestimmten terminalen Apparate verschieden lange Zeitdauer nicht überschreiten, so beantworten sie den Wiederbeginn der normalen Ernährungsvorgänge mit der Auslösung eines mehr oder weniger intensiven Reizvorganges“ (Sigmund Mayer). Wenn endlich der Kranke nach Beendigung der Krämpfe zum Bewusstsein gelangt, so zeigt sich eine *Lücke in der Erinnerung* und zwar nicht nur für die Zeit vor dem Selbstmordversuche; es wird durch die Strangulation eine *amnésie rétro active* geschaffen, wie sie nach anderen Selbstmordversuchen oder pathologischen Affecten nicht gefunden wird. Dieselbe Erscheinung dagegen finden wir bei der Gehirnerschütterung. In beiden Fällen müssen aber auch analoge Veränderungen in der Gehirncirculation angenommen werden; nach der Aufhebung der während der Strangulation bestandenen Anämie muss eine bedeutende Hirnhyperämie vorhanden sein und nach Albert soll auch durch Schädeltraumen eine bedeutende Beschleunigung des Hirnkreislaufes herbeigeführt werden. Es kommen endlich auch eigentliche *psychopathische Zustände* als Folgen der Strangulation vor. Solche Zustände können sich unmittelbar an die Wiederkehr des Bewusstseins anschliessen; sie sind ganz vorübergehender Natur und haben den Charakter von Aufregungszuständen mit einem gewissen Grade von Verworrenheit. Ausser diesen transitorischen Störungen kann es aber nach einer Strangulation auch zu einer ausgebildeten Psychose von längerer Dauer kommen; es sind allerdings nur 2 Fälle beschrieben, die das Bild der acuten Dementia darboten; ähnliche Psychosen wurden nach C. O.-Vergiftung beobachtet, was erklärlich ist, da ja in beiden Fällen das Gehirn durch Asphyxie geschädigt wird. Wenn aber einerseits Geistesstörungen durch die Erhängungsversuche hervorgerufen werden können, so sehen wir auch andererseits, dass durch denselben Eingriff *Geistesstörungen beseitigt* oder zum mindesten günstig beeinflusst werden können und zwar selbst solche Psychosen, deren Prognose keineswegs von vornherein als eine günstige bezeichnet werden kann. In einzelnen Fällen war die Besserung nur eine vorübergehende, in anderen eine dauernde.

Strauscheid.

336) G. Gauthier (Charolles): Délire des persécutions à deux: la femme et le mari; délire dissimulé. (Inducirter Verfolgungswahn bei zwei Eheleuten; Dissimulation.) (Le Progrès médical 1889. Nro. 7.)

Der 65jährige Aul. giebt auf seinen Nachbarn Mar. bei einer Begegnung 3 Revolverschüsse ab, der Getroffene stirbt noch an dem-

selben Tage, kann aber noch angeben, dass der Mörder an einer Ecke auf ihn gelauert und ihn ohne jede Provocation niedergeschossen habe. Dieser bestreitet den Sachverhalt und behauptet, sich in Nothwehr befunden zu haben.

Bei der Eigenart der Umstände, unter denen das Verbrechen verübt war, und der entgegengesetzten Angaben wird ein ärztliches Gutachten über den Geisteszustand des Aul. eingefordert, das folgende Punkte hervorhebt. Mann und Frau Aul. sind von geringer Intelligenz, leben seit Jahren ganz abgeschlossen und in demselben engen Ideenkreise. Die Frau ist seit 2 — 3 Jahren in symptomatischen Verfolgungswahn verfallen; man hat sie behext, man vergiftet das Trinkwasser im Brunnen, die Speisen im Hause, sie merkt dies am Geschmack. Sie riecht, dass Dünste von Schwefel, Wanzen, verbranntem Fett etc. in ihrem Hause gemacht werden. Man zerrt sie am Kleide, wenn sie betet, man spricht hinter ihr her, man schilt auf sie; jedes zufällige Wort, jede Handlung deutet sie im Sinne ihres Wahns.

Der Ehemann hatte anfangs diese Klagen der Frau zurtütelgewiesen, konnte sich aber schliesslich der Einwirkung ihrer krankhaften Vorstellungen nicht entziehen und glaubte, dieselben Wahrnehmungen zu machen. Seine Aeusserungen, die er hinsichtlich dieser letzteren zu Bekannten that, wurden von diesen verspottet, so dass er schwieg und absichtlich dissimulierte; namentlich vertheidigte er sich gegen den Vorwurf, dass er an Hexen glaube und schimpfte in den grössten Ausdrücken auf die Leute, die derartige Angaben vor Gericht über ihn gemacht hatten. Trotzdem findet sich bei ihm abgesehen von den Hallucinationen ein völlig systematisirter Verfolgungswahn, er findet dieselben Dinge, auf die ihn seine Frau aufmerksam macht, er betrachtet jedes Ding mit Misstrauen, ist von der Wirklichkeit der Verfolgungen überzeugt, weiss aber keine bestimmten Thäter anzugeben und spricht nur von „man“ oder „sie“ haben das gethan.

Den Mar. hat er schon einmal mit Misstrauen angesehen, er kann ihm direct zwar nichts nachweisen, aber er ist überzeugt, dass dieser ihn chikanirte, er legte die unschuldigsten zufälligen Handlungen desselben in einer seinen Wahnideen entsprechenden Weise aus; so hatte sich Mar. täglich einen Schubkarren von einem andern Nachbarn und nicht von ihm geborgt, das ist eine nichtswürdige Handlung, ein Zeichen der grössten Feindseligkeit gegen ihn (Aul.). Aus diesen Verdachtsgründen und Vorstellungen entsprang die Mordthat. Uebrigens erklärt Aul. nicht wie sonst an Verfolgungsideen Erkrankte, die ihr Verbrechen unter dem Einflusse des Impulses vollbringen, dasselbe für einen Act der Gerechtigkeit, um den Vexationen ihrer vermeintlichen Feinde zu entgehen, sondern er bleibt dabei, er sei zuerst bedroht und habe sich in der Nothwehr befunden.

Trotzdem das Gutachten den Aul. für unzurechnungsfähig erklärte und zu seiner Heilung Entfernung von der Frau und Unterbringung in eine Heilanstalt empfahl, wurde er von der Jury doch zu 7 Jahren Zuchthaus verurtheilt.

Bemerkenswerth ist in diesem Falle noch das späte Auftreten

der Psychose bei der Frau; die Entwicklung derselben, der Character der idiopathischen systematisirten Verfolgungsideen, die wesentlich von den bei der senilen Demenz vorkommenden abweichen, die fehlende Abschwächung der geistigen Fähigkeiten gestatten den Schluss, dass es sich um die von Séglas beschriebene seltene Form des erst in höherem Alter auftretenden Verfolgungswahnsinn handle.

Holtermann.

337) **Bourneville et Sollier:** Folie de l'adolescence. Instabilité mentale. Idées vagues de persécution. Succube. Melancholie des onanistes. (Pupertätsirrese mit vagen Verfolgungselirien. Succubus. Melancholie auf masturbatischer Grundlage.) (Le Progrès médical 1888. Nro. 17, 18, 1889. Nro. 5.)

Der Fall ist interessant wegen der in der geschlechtlichen Sphäre auftretenden Illusionen, die eine wichtige Rolle in der Ausbildung der Erkrankung spielen.

Es handelt sich um einen 17 jährigen jungen Mann, dessen Tante väterlicherseits einen liederlichen Lebenswandel führte, dessen Grossmutter von Mutter Seite jähzornigen Charakters war und dessen Schwester im Alter von 4 Jahren an Meningitis mit Convulsionen starb. Er selbst, von Kind auf heftig und reizbar, melancholischen Temperaments, ergab sich im Alter von 15 Jahren der Onanie und war seit dem unlustig und ohne Ausdauer bei der Arbeit, streitsüchtig und nachlässig, auch schlief er zeitweise schlecht. Auf eine auscheinend ungerechte Beschuldigung seines Arbeitgebers trat ein heftiger Erregungszustand von kurzer Dauer auf, der aber eine Verschlimmerung der oben erwähnten Symptome im Gefolge hatte; der Schlaf wurde andauernd schlecht und von Anfällen unmotivirten Lachens unterbrochen, die sich auch am Tage einstellten, zu gleicher Zeit äusserte der Kranke Verfolgungsideen, er beschuldigte seine Eltern namentlich seine Mutter, dass sie ihm nach dem Leben trachteten, stiess Drohungen gegen dieselbe aus, wurde gewalthätig. Schon damals bestanden die oben erwähnten Illusionen in der geschlechtlichen Sphäre, die die Hauptursache seiner Abneigung und Feindseligkeit gegen die Mutter bildeten, er nannte sie eine „Exploiteuse de la nature“, warf ihr vor, dass sie ihn Nachts mit Morphinum, das er durch den Geruch wahrnehme, betäube, so dass er unfähig sei, ein Glied zu bewegen, dann lege sie sich auf ihn und treibe Unzucht auf ihm, alles zu dem Zwecke, ihn allmählig mehr und mehr zu schwächen und so einem frühzeitigen Tode zu überliefern. Der Kranke schrieb damals und noch später vom Asyl aus eine Reihe diesbezüglicher Briefe an den Staatsanwalt und den Polizeipräsidenten. Nach kurzem Aufenthalte im Asyl St. Anne wurde er im September 1883 in Bicêtre aufgenommen. Hier wurde trotz seines Leugnens häufige Masturbation nachgewiesen; die Gehörstäuschungen bestanden fort, desgleichen die Verfolgungsideen, während die Geruchstäuschungen zurücktraten und die Illusionen in der geschlechtlichen Sphäre verschwanden. Der Zustand wechselte im Allgemeinen zwischen Exaltation und Depression, die im Anfange heftigeren Grades im Laufe der Zeit an

Intensität mehr und mehr abnehmen; auch die Gehörstäuschungen sowie die Verfolgungsideen und mit ihnen die Abneigung gegen die Mutter wurden allmählig schwächer — Masturbation war im letzten Jahre nach Einleitung eines vorsichtigen hydrotherapeutischem Verfahren nicht mehr beobachtet worden, — so dass der Kranke im Januar 1887 seinen Eltern als genesen übergeben werden konnte. Ein leichter Grad geistiger Schwäche war übrigens zurückgeblieben. Holtermann.

338) **A. Marie:** Les psychoses séniles et tardives; les idées de negation chez le vieillard; les idées de persécution séniles et la forme tardive du délire des persécutions. (Senile und Spätpsychosen: die Negationsdelirien bei alten Leuten; die Verfolgungsdelirien bei seniler Demenz und bei der Spätform des Verfolgungswahn.)

(Le Progrès médical 1888. Nro. 43.)

Vorlesung mit Krankenvorstellung in der Klinik von Ségla. Bei der einfachen senilen Demenz kommen Delirien verschiedener Färbung und maniakalische oder melancholische mehr weniger ausgeprägte Zustände vor, Erscheinungen, die auf dem Boden der Demenz erwachsen zu dieser hinzutreten und ihr einen eigenthümlichen Charakter verleihen.

Neben diesen episodischen Delirien werden bei alten Leuten unabhängig von der Demenz wahre Psychosen beobachtet, die im Gegentheil häufig den Anfang des Niederganges der Intelligenz bezeichnen. So kann eine bei einem bis dahin völlig geistig intactem Greise auftretende Manie ganz rapide zur senilen Demenz führen.

In anderen Fällen hat man es mit Zuständen melancholischer Art zu thun, und man sieht dann episodisch und zuweilen alternirend mit maniakalischer Erregung Depressions- oder Angstzustände mit Wahnvorstellungen verschiedener Art. Am häufigsten sind mystische und hypochondrische Vorstellungen, die gleichzeitig mit Hallucinationen und Störungen der Sensibilität verbunden sind. Da sie sich aber auf Grund der senilen Demenz entwickelt haben, tragen diese Wahnvorstellungen einen absurden, deutlich incohärenten Character; sie sind veränderlich episodisch und alterniren selbst mit ebenso absurden Vorstellungen ganz entgegengesetzter Art.

Abgesehen von den eben erwähnten Fällen trifft man nun bei alten Leuten reine melancholische Zustände, wie man sie bei vollkräftigen Individuen beobachtet, doch sind auch diese bei nicht dementen Greisen vorkommenden im Allgemeinen wie die unter gleichen Bedingungen auftretenden maniakalischen Zustände nur das Vorspiel des geistigen Ruins.

Die Häufigkeit der Verfolgungsideen bei alten Leuten ist bekannt; sie stehen in engem Zusammenhange mit der Demenz, die ihnen ein eigenthümliches Gepräge aufdrückt. Die Kranken beklagen sich über schlechte Behandlung von Seiten ihrer Angehörigen, man bestiehlt sie, sucht sich ihrer zu entledigen, sie zu vergiften etc. Aber alle diese Anklagen sind schlecht formulirt, kindisch, absurd auf Grund der Demenz. Diese Verfolgungsideen sind aber nicht ausschliesslich vorhanden, vielmehr können mit ihnen andere Wahnvorstellungen ganz verschiedenen Characters alterniren selbst coexistiren.

Von diesen erwähnten verschiedenartigen Fällen ist nun eine sel-
tenere Form zu trennen, die zwar ebenfalls bei Leuten im vorgerückten
Lebensalter aber unabhängig von der Demenz vorkommt und deren
charakteristisches Symptom ein völlig systematisches Wahnsystem dar-
stellt, wie es bei im kräftigen Lebensalter stehenden Individuen sich
findet. Wenn man auf den ersten Blick meinen könnte, es mit einem
in früheren Lebensjahren entwickelten Verfolgungswahn zu thun zu
haben, der, wie es zuweilen vorkommt, ohne besondere geistige Ab-
schwächung in ein weiteres Stadium tritt, so lässt eine genauere Un-
tersuchung doch eine frische Erkrankung erkennen, eine Spätform des
Verfolgungswahns. Eine geistige Schwäche lässt sich bei den betref-
fenden Kranken nicht nachweisen; das Gedächtniss sowohl für frühere
Ereignisse als auch für die Jüngstvergangenheit ist erhalten; die Kran-
ken machen präzise Angaben, ohne sich zu widersprechen, sie sind
völlig klar und orientirt. In der Krankheitsentwicklung treten ferner
dieselben Phasen auf, wie sie Falret für den classischen Verfolgungs-
wahnsinn aufgestellt hat, nur geht dasselbe schneller vor sich. Die
Verfolgungselirien gehören in die Classe und stellen den vollkommenen
Typus der Primordialdelirien dar, die eng an die geistige Degeneration
gebunden sind, und müssen daher als eine constitutionelle Psychopathie
angesehen werden, da sie nur die delirante Uebertragung der eigen-
thümlich angeborenen Richtung des Individuums sind. Séglas un-
terscheidet mit Tanzi und Riva:

1. Die originäre Verrücktheit (Sander); les persecutés raison-
nants de Falret;
2. Die nach der Pubertät im Alter der geistigen Reife auftre-
tende Form, délire des persécutions de Lasèque.
3. Die im Beginne des Greisenalters vorkommende Form.
4. Die Spätform, die sich in noch vorgerückterem Alter findet.
(Délire des persécutions à début tardif.) Holtermann.

339) J. Séglas (Paris): Quelques considérations sur l'état mental dans
les chorées. (Betrachtungen über die bei den verschiedenen Formen
der Chorea vorkommenden geistigen Störungen.) (Bulletin de la société de
médecine mentale de Belgique. 1888 Nro. 51.)

Verf. kommt bei Besprechung des Verhältnisses zwischen den
verschiedenen Formen der Chorea und der bei ihnen beobachteten gei-
stigen Störungen, möge diese nun die moralische und intellectuelle Sphäre
sowie Charakteränderungen betreffen oder sich in wirklichen Halluci-
nationen und maniakalischen Delirien äussern, zu dem Resultat, dass
beide unabhängig von einander auf dem gemeinsamen Boden der Here-
dität und Degeneration erwachsen.

So bringt die arhythmische Chorea und ihre wichtigste und häu-
figste Form, die Sydenham'sche Chorea, die hauptsächlich im Kin-
desalter und zur Zeit der Pubertät auftritt, abnorme geistige Zustände
zur Beobachtung, die vorwiegend Charakterveränderung, Störungen der
Intelligenz und der moralischen Sphäre, Gedächtnisschwäche und Un-
aufmerksamkeit betreffen, aber diese bieten in der Art ihres Auftretens

für die Chorea nichts Charakteristisches dar; man trifft sie in gleicher Weise und gleicher Aeusserung bei anderen Neurosen und auch ausserhalb solcher bei Individuen, die unter schwerer neuropathischer Belastung stehen. Individuen letzterer Gattung werden selbstverständlich Neurosen also auch Chorea leichter acquiriren als von gesunden Eltern stammende; unter der Einwirkung dieser Neurosen werden die geistigen Abnormitäten verstärkt in die Erscheinung treten, ohne dass man jedoch für ihre Genese die letzteren verantwortlich machen könnte.

Charcot und seine Anhänger haben im Gegensatz zu den englischen und einem Theile der französischen Beobachter den directen Zusammenhang zwischen Rheumatismus, Herzaffectionen und Chorea geleugnet und als Ursache der letzteren die hereditäre nervöse Belastung — gleichartiger oder nicht gleichartiger Form — hingestellt, welche die Disposition schafft; die letztere kann nun in verschiedener Weise wach werden sowohl durch psychische Erregung, Schwangerschaft, Infectiouskrankheiten, also auch Gelenkrheumatismus, es handelt sich in diesen Fällen stets um dieselbe Chorea. Die Chorea ist demnach eine Neurose, bei der man dieselben Characteranomalien sowie Intelligenzstörungen trifft, die für das neuropathische Temperament charakteristisch sind, aber nicht von der Chorea erst geschaffen sondern vielmehr unter ihrem Einflusse nur deutlicher und offenkundiger hervortreten.

Die neuropathische Constitution der Choreatischen verräth sich in manchen Fällen durch verschiedene nervöse Störungen sowie durch Stigmata, die der Hysterie eigenthümlich sind: Laryngospasmus, Globus, Ovarialschmerz. Verf. fand in $\frac{2}{3}$ der von ihm beobachteten Fälle vereinzelt oder combinirt Ovarial-, Glieder-, Scheitelkopfschmerzen, Störungen der Sensibilität, Einengung des Gesichtsfeldes. Zu diesen Störungen gesellen sich zuweilen noch Hallucinationen, die ebenfalls wie bei der Hysterie charakteristische Merkmale haben, sie sind hauptsächlich Gesichtshallucinationen und hypnagog, können aber beim Erwachen persistiren. Hallucinationen des Gehörs, des Geschmacks und Geruchs hat Verf. im Gegensatze zu Marcé nicht beobachtet, nur zuweilen solche der allgemeinen Sensibilität. Für die Chorea der Schwangern gelten die gleichen Voraussetzungen. Bei Schwangern finden sich auch ohne Chorea häufig geistige Abnormitäten und, wenn man auch Hysterie ausschliesst, namentlich in den Fällen, in denen neuropathische Belastung vorliegt. Letztere ist auch hier der Boden auf dem dann die Chorea sich entwickelt, die mit ihrem Eintritt die Symptome geistiger Abnormität in verstärktem Maasse zur Geltung bringt.

Bei der Chorea der alten Leute fehlen nach Reymond Störungen der intellectuellen und moralischen Sphäre, doch behauptet Charcot und Andere, dass an Chorea erkrankte alte Leute mehr oder weniger in einem Zustande von Demenz sich befinden, der auf Rechnung des Alters und nicht der Chorea zu setzen ist.

Die Chorea hereditaria, die mit Melancholie bis zum Suicidium ferner mit fortschreitender Abnahme der Intelligenz einhergeht, erwächst auf dem Boden der Heredität und Degeneration.

Die rythmische Chorea ist nach Verf., der sich der Ansicht

Charcot's anschliesst, eine Manifestation der Hysterie. Auf dem Boden der Hysterie erwachsen, können bei ihr sämtliche psychischen Störungen vorkommen, die jener Erkrankung eigenthümlich sind; zuweilen tritt diese Form epidemisch auf, und ist häufig als wahre Folie choréique beschrieben worden.

Die Pseudochoreen haben mit wahrer Chorea nur ganz entfernte Verwandtschaft. Der Tic de Salaam, der am häufigsten mit geistiger Störung einhergeht, ist eine Manifestation der Epilepsie und kann wie diese tiefe intellectuelle Störungen hervorrufen oder die Entwicklung der intellectuellen Fähigkeiten überhaupt hemmen, da er häufig bei Kindern vorkommt. Die Maladie des Tics ist ebenfalls von Chorea zu trennen. Gilles de la Tourette fand den Geisteszustand der an dieser Affection leidenden Kranken normal, doch konnte Guinon verschiedene psychische Störungen nachweisen: die einen sind auf niedriger intellectuellder Stufe stehen geblieben, die anderen sind zwar intelligent, leiden aber an Zwangsvorstellungen; auch findet man bei ihnen die bekannten Stigmata hereditatis. Verf. beobachtete 5 Fälle dieser Erkrankung, der eine Kranke war imbecill, ein zweiter litt an Echolalie und Zweifelsucht, beim dritten fanden sich Echolalie, Coprolalie und Arithmomanie. In diese Klasse gehören auch die von Toselli beschriebenen Fälle von Folie choréique.

Der Maladie des tics steht nahe der Pyramyoclonus multiplex. Das Studium der psychischen Seite dieser Affection ist noch vernachlässigt, doch ist es sicher, dass sie auf neuropathischer und psychopathischer Vererbung beruht; man hat bei derartigen Kranken Charaktereigenthümlichkeiten, Gedächtnisschwäche beobachtet. Ein von Verf. beobachteter Kranker war von excessiver Reizbarkeit, hatte allenthalben hypochondrische Beschwerden und war von geringer Intelligenz.

Holtermann.

340) v. Krafft-Ebing (Graz): Zwei Fälle von Simulation geistiger Störung. (Jahrbücher für Psychiatrie VIII. 3. 1889.)

I. G. E., geb. 1852, unehelich, Schneidergeselle, war schon zu wiederholten Malen wegen Landstreicherei, Diebstahl und versuchter Brandstiftung vorbestraft. Er hatte dabei wiederholentlich, wie auch beim Betteln, Taubstummheit simulirt und war desshalb verschiedentlich in Irrenanstalten gewesen, wo sein Zustand verschieden beurtheilt wurde. Im Nov 1887 wegen eines neuen Vergehens vor Gericht geführt stellte er sich taubstumm und blödsinnig, äffte alles nach, zitterte beständig, liess die Nothdurft unter sich gehen. Auf Fragen schreibt er unsinniges Geschnörkel nieder. Das Zittern, Schnauben, die beschleunigte Respiration hörte auf, wenn Pat. durch eine Untersuchung abgelenkt wurde. Episodisch erschien Pat. unter der Maske angstvoller Stupidität. Er schläft sehr fest, hat grossen Hunger, wird bei Brodentziehung zornig und wird durch Drohung mit Brodentziehung zeitweise seine Simulation aufzugeben bewogen. Aber selbst nachdem er die Simulation eingestanden, fängt er nachher wieder ebenso an. Der Schädel des Pat. ist regelmässig. Die vegetativen Prozesse lassen keine

Anomalie erkennen. E. scheint intelligent, er schreibt und liest sehr gewandt. Das Gutachten Krafft-Ebing's fusst auf der Unvereinbarkeit der dargebotenen Symptome mit dem Bilde einer acuten Dementia. Es fehlt jede Aetiologie; die simulirte tiefe Blödigkeit ist unvereinbar mit partiell erhaltener geistiger Leistung (E. schreibt, wenn er dazu aufgefordert wird, wenn auch das Geschriebene Unsinn ist). Es fehlen alle körperlichen Functionsstörungen. Episoden ängstlichen Stupors fehlen bei Dementia. Drohungen mit Kostentziehung würden einen Blödsinnigen nicht beeinflussen. Anhaltspunkte für eine ausserhalb der Simulation bestehende Geistesstörung fehlen. Nachdem E. auf Grund des Gutachtens der Strafanstalt übergeben worden war, gab er das Simuliren auf und war ordentlich und fleissig.

II. Abraham D., wegen Diebstahls zu 9 Jahren schweren Kerkers verurtheilt, verweigerte sofort nach der Verurtheilung die Nahrung 8 Tage lang, wurde dann aber wieder geordnet. Einige Zeit nachher fing er plötzlich wieder an, Unsinn zu reden, verschiedene Sprachen durch einander, war übrigens auch Nachts unruhig. Von Angst oder Sinnestäuschungen nichts zu merken. Allmählig redete er nur noch unzusammenhängend vor sich hin, schnitt viele Grimassen, schreit zuweilen; er verunreinigt sich nie, geht, wenn er unbeachtet zu sein glaubt aufrecht, schläft meist gut. D. spielte diese Rolle mehrere Monate. Seine Miene entsprach durchaus nicht immer dem Inhalt seiner Reden. Unvorhergesehene Stiche machen ihn zucken, bemerkte lassen ihn unberührt. Irgend eine Functionsstörung nicht wahrzunehmen. D. nimmt 6 Pfund zu während der Beobachtung. Als er die Züchtungskost bekommt und gegen das Grimassiren mit dem faradischen Pinsel traktirt wird, beschmiert er sich mit Koth, bei der zweiten Electrisation wird er ruhig und vernünftig. D. erinnert sich an alles, zeigt klare Begriffe und richtiges Urtheil. Spuren von Verfolgungswahn, Sinnestäuschungen lassen sich nicht constatiren. D. hat während seiner angeblichen Krankheit Entweichungs- und Auflehnungsversuche gemacht. Das Gutachten weist nach, dass das „Delir“ ein ganz zerfahrenes, aber weder ein terminaler Zustand blödsinniger Schwäche, noch eine manische Beschleunigung des Vorstellungsprozesses, noch eine durch hallucinatorische Vorgänge bedingte Verworrenheit ist, dass ferner mit elektrischer Pinselung keine wirkliche Psychose geheilt wird; kurz, der Verlauf, die Symptomengruppirung, die Lösung des von D. gebotenen Zustandes entsprechen nicht dem Bild einer wahren Psychose. — D. ist ein Simulant.

Strauscheid.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten, das Abonnement auf das III. Quartal 1889 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrestrasse 28),

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmayer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. Juli 1889.

Pro. 13.

Inhalt.

- I. Originalien.** Therapie der Hysterie und Neurasthenie. Von Professor Dr. Karl Laufenuer in Budapest. (Schluss.)
- II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.**
 1. XIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 25. u. 26. Mai d. J. (Schluss.)
 - Witkowski (Autorreferat): Ueber natürlichen und künstlichen Schlaf.
 - Köppen (Autorreferat): Ueber osteomalacische Lähmungen.
 - Laquer: Ueber Radialiskrampf.
 - Erb: Suspensionen bei Tabes.
 - Friedmann (Autorreferat): Ueber die Histologie der acuten genuinen, nicht eitrigen Encephalitis.
 2. Verein für innere Medicin in Berlin. Von Dr. Ruhemann Berlin.
 - Openchowski: Ueber die gesammte Innervation des Magens.
- III. Referate und Kritiken.** Joffroy et Achard: Zur path. Anatomie der spinalen Kinderlähmung. Berger: Die Sehstörungen bei Tabes dorsalis und Versuch einer einheitlichen Erklärung des Symptomencomplexes der Tabes. Löwenfeld: Myo- und neuropathologische Beobachtungen. Nebel: Bewegungskuren mittelst Schwedischer Heilgymnastik und Massage. Metzger: Zur Lehre von den Degenerationszeichen. Ascher: Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse.
- IV. Aus den Academien und Vereinen.**
 1. Naturhistorisch-medizinischer Verein zu Heidelberg.
 - Buchholtz: Zur Pathologie der Dementia paralytica.
 2. Vereine der Aerzte in Steiermark.
 - Franz Müller: Ueber seltene, schwere trophische Störungen bei chronischen organischen Rückenmarkskiden, insbesondere bei Tabes dorsalis.

I. Originalien.

Therapie der Hysterie und Neurasthenie.

Von Professor Dr. KARL LAUFENAUER in Budapest.

(Schluss.)

II. Das psychische Moment als therapeutisches Agens.

Arm in Arm mit den pharmaco-dynamischen Medicamenten geht die psychische Therapie. Zum Verständniss ihrer Wirkung müssen wir hervorheben, dass bei der Asthenie meistens die niederen geistigen

Funktionen afficirt sind und dass die grösste Gefahr seitens der aussergewöhnlichen Steigerung der psychischen Reflexerregbarkeit droht. Es ist eine experimentell erwiesene Thatsache, dass durch Vermittelung psychischer Reflexe wirkliche Gefühle, ja sogar cerebrale und spinale Ausfallsymptome, weiterhin Hyper- und Anästhesien, convulsive Zustände in den verschiedensten Organen zu Stande kommen können.

Ebenso wie diese factischen organischen krankhaften Symptome auf psychischem Wege entstanden, so sind sie auf derselben bewussten psychischen Art vollständig zu beheben. Dieses Vorgehen nennen wir die suggestive Methode.

Der behandelnde Arzt übt die Suggestion gegen den Kranken theils bewusst, theils unbewusst aus. Die unbewusste Suggestion wurzelt theilweise in der Person des Arztes, namentlich in seiner Erscheinung, seinen Gesichtszügen, Gesprächsweise, tactvollen Behandlung und in seinem Alter. Daher kommt, dass mancher College auf den Neurastheniker eine wahrhaft unwiderstehliche Anziehungskraft ausübt, sobald er seinen Mund zum Sprechen öffnet, sobald er ihn an der Thürschwelle erblickt, fühlt der Patient sich schon besser; seine Worte wirken wie ein Orakel, seine Anordnungen werden mit der grössten Präcision vollzogen und mit einem einzigen Worte verschleucht er Schmerzen und erweckt neues Leben. Zu bedauern sind jene unglücklichen Collegen, welche diese Naturgabe nicht besitzen, mögen sie thun, reden, was sie wollen — all' dies ist schlecht und hat statt der beabsichtigten Wirkung nur einen entgegengesetzten Erfolg. Es ist aber ein Glück zu nennen, dass jedem Arzte ein gewisser Theil des suggestiven Elements zu gute kommt, und falls er mit seinem Kranken zu keinem Ziele gelangt, so trägt er nur selbst Schuld daran.

Die bewusste Suggestion wird von unzähligen kleinen Details gebildet, ihre Grundelemente sind die folgenden: 1. Jeder Astheniker ist ernst eindringlich zu examiniren und anzuhören; Zweifel, Verneinung, die Betonung der Einbildung, Affection etc. werden das suggestive Element nicht erwecken, nur verderben. Sei die Aussagen des Kranken noch so langwierig oder langweilig, so darf man dies ihn keinesfalls fühlen lassen oder gar sagen. Es gibt aber eine Art und Weise den Kranken ins richtige Fahrwasser zu bringen; diese Methode ist aber selbstverständlich sehr variabel, daher auch nicht in Worte zu fassen. 3. Auf den ausgelösten logischen Apparat und lose Willenskraft der Asthenikers wirkt eine gerade, offene und entschiedene Sprache ausserordentlich erfrischend und stärkend, ebenso das consequente Verfahren in der Anwendung der therapeutischen Mittel, somit soll der Arzt seine Worte wohl erwägen, darf sich in Widersprüche nicht verwickeln, kurz er darf heute nicht anders handeln als gestern gesagt. Ferner muss er in der Medicamenten-Verordnung eine zeitliche Reihenfolge einhalten, er darf die Medicamenten nach Belieben nicht ändern, und falls er es thut, so ist dies in angemessener Weise zu motiviren. In diesem Punkte begehen die meisten den Fehler, dass sie dem Laien mehr sagen als nothwendig und daher zur Entstehung einer, von Vorstellungen be-

dingten Kette der krankhaften Symptome die Gelegenheit bieten. Für manchen Patienten ist es von vortrefflicher Wirkung, wenn ihm das Wesen des Uebels kurz erklärt wird, aber allerdings nur jenem, der eine entsprechende Bildung besitzt, widrigenfalls wir entschieden nur schaden. 4. Durch beruhigende tröstende Worte kann man die Erscheinungen der Asthenie oft verschwinden machen; wer aber bei Nichtbeachtung anderer Beschwerden nur durch einfaches Zureden heilen will, der irrt sich gewaltig. Wer nicht untersucht und wessen tröstende Worte mit dem zeitlichen Abklingen der einzelnen organischen Krankheitsymptomen daher nicht harmoniren, der kann auch keine suggestive Wirkung ausüben. Die Wirkung der Suggestion zeigt sich entweder sofort, oder nach Ablauf einer gewissen Zeit. Den Monate hindurch tastenden anorectischen Kranken kann der geschickte Arzt zum Essen zwingen, wenn er ihm in schonenden jedoch gemessenen Worten befiehlt, dass er essen müsse. Bei der in hysterischer Lähmung daniederliegenden Kranken gelingt die befehlende Suggestion nicht immer, jedoch kam bereits vor, dass wir die Monate hindurch ans Bett gefesselte Kranke mit der Befehls-Suggestion auf die Beine brachten, in den meisten Fällen aber vermögen wir den Kranken nur successive zum Gehen, Trinken, zur geistigen Arbeit gewöhnen. Es sei im Allgemeinen bemerkt, dass jener Arzt, der das unbedingte Vertrauen seines Patienten besitzt, an ihm Wunder wirken kann. 5. Ausser dem suggestiven Vorgehen ist einer der mächtigsten Factoren in der psychischen Therapie die Schulung, die Stählung der Willenskraft des Kranken. Des Asthenikers Wille ist schwankend, unvernünftig, hin- und hertappend; zu einem Entschluss zu kommen, etwas systematisch zu verfolgen ist er unfähig. Des Arztes Aufgabe ist daher, die gelockerten Gehirnnassociationen ins richtige Fahrwasser zu bringen. Dies gelingt meistens dadurch, dass wir die Tagesbeschäftigung des Kranken streng präcisiren, deren kleinsten Einzelheiten in Schrift gefasst hinterlassen. 6. Wie sehr es erwünscht ist, dass der Kranke im Arzte nicht nur den Heilenden sondern zugleich seinen wohlthätigen Nebenmenschen erblicken soll, so sehr wäre die enge Befreundung verfehlt, welche immer zur Verminderung des ärztlichen Ansehens und schliesslich doch zu unerquicklichen Auseinandersetzungen führt, deren Eude doch der Bruch ist.

Mit diesen Punkten haben wir die Elemente der psychischen Behandlung bei nicht Weitem erschöpft, jeder Kranke ist an und für sich ein Studiumsobject, welches wir seinem Alter, Stellung, seiner Psyche, seinen Verhältnissen und seinen individuellen Neigungen entsprechend modificiren und anpassen müssen.

Zur psychischen Behandlung gehört auch die Anwendung des Hypnotismus. Das suggestive Verfahren an und für sich ist schon ein Hypnotisiren im wachenden Zustande. Vorhin hielt man die durch den Hypnotismus geheilten Krankheiten für Märchen, heute sind wir gezwungen anzuerkennen, dass durch vorsichtiges Hypnotisiren bei Asthenikern derartige Resultate zu erreichen sind, welche kein Medikament bietet. Auf Grund eigener Erfahrung kann ich folgendes berichten. Die hypnotische Suggestion heilt die Asthenie selbst nur in seltenen

Fällen, vermag aber deren Symptome auf gewisse Zeit zu unterdrücken oder bedeutend zu modificiren, derartig, dass wir mit der hypnotischen Suggestion die Wirkung der bekannten pharmaco-dynamischen Mittel erleichtern. Es würde das Anführen diesbezüglicher Beispiele zu weit führen. Ich bemerke aber, dass der Hypnotismus ein sehr zweischneidiges Schwert sei, ganz wie das Morphinum; denn wer sich einmal daran gewöhnte, dem wird es fast zum Lebensbedürfniss; daher kann ich seine vorsichtige Anwendung nicht genügend anempfehlen.

Die Methoden der Therapie der Asthenie haben wir im Obigen nicht vollständig angeführt, es erübrigen noch einige therapeutische Mittel, welche theils in die pharmaco-dynamische, theils in die psychische Heilgruppe gehören. Diese sind die folgenden:

1) Diät der Astheniker. Hier sei unser Haupt- und Grundprincip, dass der asthenische Kranke durch Hungern nicht zu kuriren sei. Der bei Astheniker so oft vorhandene Magenkatarrh kann vom Standpunkte der causalen Indication nicht an jenes diätetische Verfahren gebunden werden, welches wir bei dem, an torpiden Individuen zu beobachtenden genuinen Magenkatarrh verfolgen. Solche Kranke kehren von Carlsbad nur verschlimmert zurück. Bei nervösem Magenkatarrh führt mehr das irritative Verfahren zum Ziel. Meinerseits hielt ich meine asthenischen Kranken nie an eine exclusive Fleischdiät, indem ich überzeugt bin, dass unter unserer Zone die Zucker- und Mehlspeisarten in dem Haushalte des Organismus auch eine Rolle spielen. Eine kleine Rundschau überzeugt uns davon, dass die Menschheit je nach dem Boden und Klima an und unter welchem sie lebt, ganz instinctiv sich ernährt: im hohen Norden consumirt sie mehr Fett und Fleisch, unter den Tropen mehr Amylaceen und Obst. Dies vor Augen behalten, ist das zweckentsprechende Menu leicht festzustellen.

Es ist ein grosser Fehler den Asthenikern den Gebrauch der erregenden alcoholhaltigen Getränke und Genussartikel (Kaffee, Thee) zu verbieten, ausgenommen den Fall, dass wir eine diesbezügliche gewichtige Ursache haben. Viele Astheniker trinken instinctiv Wein, Bier, Cognac, was sie früher gar nicht thaten und sie unterlassen sofort das Trinken, wie ihre Krankheit sich bessert. Es ist dies eine Erfahrung, aus welcher wir oft eine Lehre ziehen können. Die blutarme und schlecht genährten Kranken vertragen regelmässig besser die Alcoholica wie die blut- und fettreichen Individuen.

2. Systematisches Gehen, Reiten, Reisen, Gymnastik, körperlich und geistige Beschäftigung stählen nicht nur den Organismus, sondern discipliniren auch die geistigen Thätigkeiten. Die Steigerung der körperlichen Arbeitsfähigkeit erweckt Selbstvertrauen im Astheniker, die systematische körperliche und geistige Beschäftigung wirkt ablenkend auf die psychischen Reflexe. Wohlverständlich sind all' diese Thätigkeiten, im Anfange nur in sehr gelindem Grade und äusserst vorsichtig angewendet, empfehlenswerth.

3. Klimatologie. Nichts wirkt wohl günstiger auf den Kranken, als Luft- und Ortswechsel. Blutarme Kranke vertragen eher das mildere Klima und die Seeluft während man die plethorischen Individuen

in, über 1000 Mtr. hohe Gegenden schicken kann. Eine allgemein gültige Regel aufzustellen ist aber sehr schwer, denn ob der Kranke an die Seeküste oder ins Gebirg geschickt werde, dabei spielt die individuelle Eigenthümlichkeit eine grosse Rolle.

4. Isolirung. Sie ist von grossem Nutzen in all' jenen Fällen, in welchen durch gründliche Untersuchung ernirbar ist, dass die Asthenia nervosa in Folge psychischer Infection entstanden sei. Gewöhnlich sind entweder die Eltern oder die Geschwister, welche die Beschwerden des Kranken schwerer gestalten und auch aufrecht halten. Die Isolirung ist aber wirksam auch in jenen Fällen, wo wir den ausserordentlich verwöhnten Kranken durch die erschütternde Wirkung der entweder nur in Aussicht gestellten oder factischen Isolirung aus seiner Willenslethargie aufrütteln wollen. In solchen Fällen ist ihre Wirkung oft bewundernswerth.

5. Ruhe. Die absolute geistige und körperliche Ruhe ist geboten in all' jenen Fällen, wo die Neurasthenie durch übermässige geistige oder körperliche Anstrengung entstand.

Es wäre aber ein verfehltes Vorgehen den Neurastheniker ohne Ausnahme ins Bett zu legen oder ihm die geistige Beschäftigung zu verbieten.

6. Weir-Mitchell'sches Verfahren. Seine Hauptprincipien sind: den Kranken in absoluter Ruhe zu halten, massiren, electricisiren und ihn mittelst Milchdiät zu ernähren. Sie kann nur bei äusserst schweren Fällen, bei äusserst geschwächten Kranken eine Anwendung finden, ist nicht immer auszuführen und ihr Werth wird oft überschätzt.

Diese wären im Allgemeinen jene hauptsächlichsten Methoden, welche bei der Behandlung der Asthenie von Fall zu Fall gewählt, bei genauer Individualisirung und Untersuchung in Betracht kommen.

Es gibt aber noch einen Factor, welchen wir bei der Behandlung unserer Kranken nicht ausser Acht lassen dürfen, wenn wir nicht wollen, dass entweder sie oder wir die Geduld verlieren sollen. Dieser Factor ist die Zeit. Die Asthenie hat, trotz ihrer Variation, ihren typischen Ablauf, an welchem wir wohl mildern und lindern können, jedoch ausser Stande sind ihn abzukürzen.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. XIV. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 25. u. 26. Mai d. J.

(Schluss.)

341) **Witkowski** (Strassburg) (Autorreferat). Redner will sich der vorgedruckten Zeit wegen zunächst nur auf eine ganz kurze Andeutung des theoretischen Theiles der von ihm beabsichtigten Ausführungen beschränken. Es handelt sich um die Frage, ob der *eigentliche Grundvorgang im Organismus beim natürlichen und künstlichen Schlaf der gleiche ist*, oder ob letzterer nur die äussere Form des ersteren nachahme, ohne seinem Wesen zu gleichen. Die unzweifelhaften Schädlichkeiten künstlichen

Schlafes beweisen an sich noch keine absolute Verschiedenheit, sie könnten ja durch die Nebenwirkungen der in Anwendung gezogenen Gifte erzeugt sein, während die eigentliche Schlafwirkung zusammenfallen könnte. In der That ergibt eine hier nicht weiter auszuführende vergleichende Prüfung der Erscheinungen beider Zustände, dass nach den bisherigen allerdings noch sehr begrenzten Kenntnissen eine prinzipielle Differenz nicht nothwendig angenommen zu werden braucht zur Erklärung des häufigen Ausbleibens der wohlthätigen Effecte, namentlich der Erquickung und Erholung, beim künstlichen Schlafe vielmehr die gleichzeitig wohl bei allen bekannten Schlafmitteln eintretenden unerwünschten Giftwirkungen ausreichen. Eine der bekanntesten unter diesen und gleichzeitig unter den von Altersher gebräuchlichen Heilwirkungen hat R. experimentell genauer untersucht und geht auf sie etwas näher ein. Es handelt sich um die *Wirkung der Opiate auf den Darmkanal*. Bekanntlich hat vor einiger Zeit Nothnagel über diese Frage Versuche angestellt, auf Grund deren er zu der Anschauung gelangte, dass das Morphinum die Hemmungsnerven des Darms reize und in grösserer Menge lähme, also eine verwandte Stellung wie die Digitalis zum Herzen einnähme. Aber auch die Wirkung der letzteren wird jetzt vielfach ganz anderst gedeutet, und das Morphinum wirkt beruhigend nicht nur auf den Darm, sondern auf die verschiedensten Organe. Bekannt ist z. B. sein lindernder Einfluss bei Hustenreiz. Wäre N.'s Theorie richtig, so müssten grosse Dosen immer Durchfälle erzeugen, was durchaus nicht der Fall ist; das beweisen die Erfahrungen nicht nur bei Geisteskranken, sondern namentlich auch bei drohender Perforation und Aehnl. Auch in N.'s eigenen Versuchen waren die Erscheinungen nicht constant. Nimmt man hinzu, dass Opium und seine Alkaloide sämmtlich unverkennbar einen reizenden Einfluss auf die Schleimhaut des Mundes, Magens, Darms ausüben, Stomatitis, Zahnausfallen, Gastricismen, Darmkatarrhe, anatomisch nachweisbare Schleimhautverdickungen bedingen, so liegt es nahe die Unregelmässigkeiten der Darmfunctionen theilweise auf eine directe Schleimhautwirkung zu beziehen. So erklären sich viel ungezwungener als durch blossen Nervenwirkung die namentlich an Hunden nach grossen Gaben beobachteten blutigen Durchfälle. Die eigentliche Grundwirkung der Opiate auf den Darm aber ist die sensible: Schmerzen und abnorme Empfindungen werden beseitigt, die Aufmerksamkeit abgelenkt, die Empfindlichkeit herabgesetzt u. s. f. Dieser Theil der Morphinwirkung fällt also mit der allgemein narcotischen zusammen. Er ist beim Menschen zweifellos der wichtigste, steht in Verbindung mit der langen Dauer der Opiatwirkungen (z. B. bei Kaninchen durch 1—2 Cgrm. erst nach 18 Stunden maximale Herabsetzung der Erregbarkeit, Athmung, Willkühr u. s. f.) und muss eine Hemmung der Darmbewegungen durch Fortfall oder Verminderung lebhafter und zahlreicher, namentlich psychischer, sensorischer und sensibler Reize zur Folge haben. Zu seiner richtigen Würdigung muss man an die Durchfälle bei Freude, Erwartung, Furcht, Schreck, die Verstopfung bei Traurigkeit und Angst, an die den Morphinumveränderungen ganz ähnlichen meningitischen Symp-

tome, den styptischen Einfluss der Geistesstörungen, anderer Schlafmittel (z. B. Chloral bei Kinderdurchfällen), ja des Schlafes selbst u. a. mehr denken. Dazu kommt aber zweifellos eine dem Experiment mehr zugängliche Verminderung der Reizempfänglichkeit, wahrscheinlich auch der Reizübertragung im Darmcanal, die von Verf. nach der bekannten auch von Nothnagel benutzten Methode der Eröffnung der Bauchhöhle des Thieres im blutwarmen Bade von physiologischer Kochsalzlösung vielfach untersucht worden ist. Prüfung mit Darmreizungen durch Aorten- und Tracheenklemme, Abführmittel (Senna-Dickdarmwirkung kaum beeinflusst, Aloewirkung i. W. nur verlangsamt, ähnlich auch Calomel), andere Darmreize wie Nicotin, Muscarin, Physostigmin wurden benutzt und das Ergebniss war *eine deutliche Herabsetzung der Erregbarkeit des Darmkanals ohne erhebliche Veränderung im Blutkreislauf desselben*. Schliesslich tritt zu Alldem noch eine deutlich desinficirende Einwirkung, wodurch Fäulnissprocesse, Gasbildung und Verflüssigung des Darminhalts behindert werden. Hier wirkt das Opium dem Calomel ähnlich, das auch als Abführ- und Stopfmittel dienen kann. Aus der glücklichen Combination dieser Eigenschaften erklären sich die Darmwirkungen der Opiate mit der Massgabe, dass die erste für den Menschen wichtigste narcotische oder sensible Kraft dieser Mittel durch Hinzutritt der an sich geringfügigeren, in Summa aber doch sehr in Rechnung zu ziehenden sonstigen Einflüsse unterstützt wird. Ein erheblicher Unterschied von Opium und Morphinum besteht in dieser Hinsicht nicht. Die grössere Häufigkeit von Durchfällen nach grösseren Mengen von ersterem entstammt seiner localen Anwendung und steht in bestem Einklange mit der Zurückführung dieser Veränderungen auf directe Beeinflussung der Schleimhaut. Letztere ist wohl auch die Ursache der nicht constanten aber nicht seltenen anfänglichen Darmreizerscheinungen, auf die O. Nasse u. A. die ganz: Wirkung mit Unrecht hatten zurückführen wollen. Diese ist vie'mehr in erster Linie eine sensible, ihr wesentlicher erster und beständigster Effect stets Beseitigung unangenehmer Empfindungen mit ihren Folgen. Alle therapeutischen Anwendungen finden auf der hier angedeuteten Basis ihre Erklärung, wie auch die negativen Seiten verständlich werden.

342) Köppen (Strassburg): (Autorr.) Ueber osteomalacische Lähmungen.

Verf. beobachtete in der Poliklinik für Nervenkrankheiten 4 Fälle von Schwangerschaftslähmungen, von denen drei schon mehrere Jahre bestanden. Die Kranken hatten einen watschelnden Gang und klagten über Schmerzen. Es zeigt sich Druckempfindlichkeit der verschiedensten Knochen. Die Gelenke waren frei. In den Beinen Paresen, besonders Erschwerung bis gänzlichcs Unvermögen das Bein in die Höhe zu heben. Der Ileo-Psoas war gelähmt. Bei der electricchen Untersuchung Herabsetzung der Erregbarkeit. Einmal wurde das Romberg'sche Symptom beobachtet. Die Patellarreflexe waren stark. Wegen Verdacht auf Osteomalacie wurde das Becken untersucht. Es hatte keine osteomalacische Form. 2 weitere unzweifelhaft osteomalacische Kranke mit Knochenverbiegungen wurden untersucht. Der eine Fall

bestand seit 1882, zeigte Paresen, fast vollständige Lähmung des Ileo-Psoas. Pat. ging die Füße schiebend, nicht watschelnd, sie hatte im Jahre 1884 Paresen insbesondere des Ileo-Psoas und Schmerzen gehabt. Prof. Freund fand bei einer damaligen Untersuchung keine auffallende Beckenform, nur eine Schmerzhaftigkeit der Beckenknochen. Bei dieser Kranken hatte die jetzt bestehende Osteomalacie also begonnen mit Krankheitssymptomen wie bei den 4 erstgenannten Kranken. Diese letzteren Fälle sind demnach wahrscheinlich auch Osteomalacien. R e n z beschrieb schon näher osteomalacische Lähmungen mit verändertem Becken, und hält auch den Gang für charakteristisch. L e h m a n n's Sacral-Lähmungen sind wie es scheint, auch osteomalacische Lähmungen. Von C h a m b e r s, W e b e r und F r i e d r e i c h wurden die Muskeln bei Osteomalacie untersucht. Es wurde fettige Entartung und entzündliche Vorgänge gefunden. In C h a m b e r s Fall war die Muskelerkrankung der klinisch erkennbaren Erkrankung der Knochen vorausgegangen. Ebenso in den besprochenen Fällen. Es giebt also eine Dystrophia musculorum osteomalacica, welche der klinisch erkennbaren Knochenkrankung vorausgeht, eine eigenthümliche Gangart bedingt und zusammen mit Knochenschmerzen ein charakteristisches Bild beginnender Osteomalacie darbietet.

343) **Laquer** (Frankfurt) berichtet über einen sehr hartnäckigen Fall von *Radialiskrampf*. Anfangs Schreibkrampf. Erhebliche Verschlimmerung nach Versuch der Wolff'schen Curmethode, die Zuckungen dehnen sich nun erst auf's ganze Radialisgebiet aus. Bohrende Schmerzen bis in die Schulter, auf die die Zuckungen schliesslich gleichfalls übergreifen, leichte Atrophie, keine erheblichen Allgemeinerscheinungen, Aufhören im Schlafe, etwas Hemmung durch einen dem Arm parallel eingeklemmten Spazierstock. Die verschiedensten Kurversuche ohne allen Erfolg, nach 8 monatlicher Dauer durch psychische Einflüsse rasche Besserung; nämlich die Verheissung einer solchen bei Bettruhe durch L. und die Angst vor einer angedrohten dreifachen Nervendehnung. Auch Schultze erwähnt im Anschlusse hieran einen sehr hartnäckigen und durch Wolff kaum beeinflussten Fall von Radialiskrämpfen.

344) **Erb** (Heidelberg) hat die *Charcot'schen Suspensionen* an Ort und Stelle anwenden sehen, zum Theil sehr günstige Angaben über die Erfolge von den Patienten gehört und nach den schon zahlreichen Bestätigungen aus Deutschland und England sich verpflichtet gefühlt, auch seinerseits Versuche bei Tabes zu machen. Die günstigen Mittheilungen sind bereits viel zahlreicher und sicherer als sie je bei der Nervendehnung gewesen, der A l t h a u s'sche Erklärungsversuch (Reissen von Adhäsionen und dgl.) hat wohl wenig Interesse. Beeinflusst schien bei dem Grossbetrieb in Paris (4 Apparate im Zimmer, 50—60 Kranke gleichzeitig) besonders die Ataxie, etwas weniger die Schmerzen, Parästhesien, Blasenstörungen. Ausser der Tabes soll namentlich noch die Paralysis agitans einige günstige Resultate in Form einer allgemeinen Erleichterung ohne erhebliche Minderung des Zitterns ergeben

haben. Eigene Versuche bisher im G. 6., meist frischere Fälle, während die Ergebnisse mehr bei älteren gerühmt werden und fast nur sehr schwere für diese Behandlung vielleicht weniger geeignete Leute. Abschliessendes lässt sich noch nicht sagen, meist trat zuerst eine Besserung besonders des Ganges ein, die aber nach weiteren Hängungen zu schwinden pflegte und mehrfach einer schliesslichen Verschlimmerung gegen den Anfangszustand Platz machte, so dass nach etwa einem Dutzend Suspensionen gewöhnlich aufgehört wurde. Einmal trat bald darauf plötzlicher Tod durch schwere Vaguslähmung ein, doch ist ein Zusammenhang hier natürlich noch zweifelhaft. Die Methode verdient weitere Prüfung, die sich aber auf die Anstalten beschränken sollte, auch dürfte die Frage der Einwirkung der Experimentaluntersuchung zugänglich sein.

Hitzig's Erfahrungen sind ähnlich, nur in vereinzelten Fällen bisher nennenswerthe Erfolge.

Binswanger (Kreuzlingen) erwähnt eine mildere Modification der Methode durch Kappeler (Münsterlingen), wobei der auf einer Chaiselongue gelagerte Patient an einem Thoraxgürtel mehr allmählich in die Höhe gezogen wird, bis nur noch die Hacken das Sopha berühren. K.'s Erfolge sollen günstige sein.

445) **Friedmann** (Mannhein) (Autorr.): *Ueber die Histologie der acuten genuine, nicht eitrigen Encephalitis*. Vortragender geht davon aus, dass der gegenwärtige Begriff der acuten Encephalitis nicht eitriger Beschaffenheit ein vorläufig schlecht umgrenzter ist. Schon bei der Abscheidung der eitrigen Entzündung in den 60er Jahren, von der nekrobiotischen Hirnerweichung blieb das Verhältniss der letzteren zu den nicht eitrigen acut entzündlichen Prozessen unklar und die weiteren Erfahrungen über diese selbst waren theils ziemlich vereinzelt, theils streitiger Natur. Unbefriedigend ist auch die Schuldarstellung der Hand- und Lehrbücher, welche ein einheitliches Primärstadium, die rothe entzündliche Erweichung annimmt, welchem entweder die Abscedirung oder der Uebergang in nicht eitrige Entzündung, gelbe Erweichung und Vernarbung folgen soll.

Zur Anbahnung einer Verständigung auf diesem Gebiet scheint es erforderlich, die vorhandenen einzelnen Erfahrungen zunächst nach anatomischen Gesichtspunkten zu ordnen, in bestimmte Formengruppen unterzubringen. Die Handhabe, ein zu Grunde zu legendes Schema dafür boten dem Votr. die Ergebnisse einer grösseren Experimentaluntersuchung, nach welcher sich die nicht eitrige Encephalitis in zwei grosse Gruppen scheidet, bei der ersten kommt es unter stürmischem Verlauf zu lebhafter Proliferation der fixen Gewebszellen, bei der anderen bildet sich nach vorausgehender Körnchenzellenbildung allmählich eine bindegewebige Sklerose heraus. Aehnliches findet sich bei der spontanen Encephalitis. Auch hier steht in einem Theil der Fälle die Gewebsreizung im Vordergrund: zunächst in einer bisher schwer verständlichen Form, die hauptsächlich durch die dichte Ansammlung grosser epitheloider Zellen charakterisirt wird. Diese letzteren ent-

springen aus karyokinetischer Wucherung der proliferirenden Neuroglia- und auch Ganglienzellen. Die Herde entstehen theils genuin, theils nach gutartigen Embolien. In einer zweiten Gruppe kommt es nicht bis zur kräftigeren Proliferation, die gewebliche Reizung bleibt auf dem Stadium der Schwellung stehen, von der namentlich Axencylinder und Neurogliazellen betroffen werden; letztere zeigen dabei grossentheils activen Character. Diese Form wird ziemlich selten genuin, dagegen relativ häufig bei Thrombosen und Embolien beobachtet. Hierher würde auch die Virchow'sche Encephalitis der Neugeborenen rechnen. In den übrigen Gruppen tritt die Gewebsreizung zurück: zunächst in der dritten der hämorrhagischen Encephalitis; die vierte Form ist anatomisch ziemlich übereinstimmend mit der ordinären Encephalomalacie, im Frühstadium Körnchenzellenerweichung, später Cysten und Narben. Eine fünfte Gruppe ist die gummöse Encephalitis. — Auf Grund der vorangehenden Zusammenstellung hebt Votr. zunächst nur den einen sich daraus ergebenden Schluss hervor, dass in anatomischer Richtung eine durchgreifende Abgrenzung zwischen den Prozessen nach Thrombosen und Embolien und der primären nicht eitrigen Encephalitis nicht wohl durchführbar sei, dass eben heftigere irritative Prozesse auch nach gutartigen Verschlüssen der zuführenden Gefässe sich einstellen können.

II. Verein für innere Medicin in Berlin.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 3. Juni 1889.

346) Openchowski (Dorpat): *Ueber die gesammte Innervation des Magens.*

Votr. fand in dem Magen neugeborener Kaninchen ausserhalb des Auerbach'schen Plexus besonders gruppirte Ganglienzellen, welche den Herzganglien analog gebaut sind, mit Vagus und Sympathicus in Connex stehen. An der Cardia finden sich 11 Ganglien, 8—10 in der Magenwand, 7 am Pylorus.

Sieht man von Cardia und Pylorus ab, so bestehen Centren für Contractionen der Magenwand in den Corp. quadrigeminis, dagegen dilatatorische Centren in dem Rückenmark bis zu dem 5. Brustwirbel. Die Bahnen gehen durch den Rückenmarksgrenzstrang und die Splanchnici.

Die Cardia hat contrahirende Centren in den hinteren Vierhügeln. Die peripherischen Bahnen gehen vorwiegend durch die Vagi, spärlicher durch die vorderen Stränge des Rückenmarks, das sie von dem 5.—8. Brustwirbel verlassen. Besonders erwähnt O. den von ihm im Jahre 1883 entdeckten N. dilatator Cardiae, der direkt zu den 11 Ganglien der Cardia geht und beiderseits im Gehirn zwischen N. caudatus und lentiformis sein Centrum besitzt. Für die Oeffnung der Cardia bestehen ebenfalls im oberen Rückenmark bis zum 5. Brustwirbel Centren, deren peripherische Bahnen in den Vordersträngen verlaufen.

Die hemmenden Centren für den Pylorus liegen in den Vierhügeln, die öffnenden in den Oliven der Medulla, contrahirende in dem

Corp. striatum und dem mittleren Theil des Sulc. cruciatus. Das Centrum des Dilator Cardiae wirkt hemmend auf den Pylorus. Die Hauptbahn der contrahirenden Fasern geht durch die Vagi.

Votr. hält das Bestehen eines einzigen Brechcentrums für unwahrscheinlich und meint, dass verschiedene Centren zur Erzeugung des Brechens in Anspruch genommen werden. Zum Schluss stellt Votr. eine Hypothese über den Brechvorgang auf.

III. Referate und Kritiken.

347) A. Joffroy et Ch. Achard (Paris): Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie spinale aigüe de l'enfance.

(Archives de méd. exper. et d'anat. pathol. 1. 1889.)

R. G., 73 Jahre alt, hat seit frühester Kindheit eine atrophische Lähmung beider Beine sowie eine Parese der Arme. Seit 12 Jahren Zittern in beiden oberen Extremitäten. Tod an Prostatakrebs und Pyelonephritis. Bei der Section fand man das Gehirn normal; im Rückenmark besteht eine Atrophie der vorderen Wurzeln zumal in der Lumbalgegend und in der cauda equina. Die Muskeln der unteren Extremitäten sind gelblich weiss mit Fett durchsetzt. Daumenballen links weiss, deltoides buntscheckig weiss und roth; rechts biceps weiss; die übrigen Muskeln roth. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand Verf., dass die Vorderhörner einen rundlichen Herd bilden, der gegen das umgebende Gewebe scharf abgegrenzt ist; diese Herde enthalten keine erkennbaren Nervenzellen; dagegen in dem übrig gebliebenen Reste der Vorderhornsubstanz finden sich Zellen mit verschiedenen pathologischen Aenderungen. Die Gefässe sind eng und haben eine verdickte Wandung; jedoch sind sie nirgends obliterirt. Der Centralkanal vielfach ganz normal, regelmässig mit Epithelien ausgekleidet, an anderen Stellen mit Zellen angefüllt und ringsherum mit Zellen umgeben. Auf allen Schnitten sieht man vielfach corpora amylacea. Im Dorsaltheile sind die Vorderhörner fast normal, dagegen im Cervicaltheile wieder atrophisch; dem entspricht auch die Gefässerkrankung. Von den Nervenwurzeln der cauda equina sind die hinteren normal, die vorderen atrophisch, sehr gefässreich. Der nervus ischiadicus zeigt weniger und schmalere Nervenbündel, die durch verdicktes interfasciculäres Bindegewebe geschieden sind; auch hier haben die Gefässe stark verdichtete Wandungen. Der nervus tibialis anter. zeigt frische, offenbar in letzter Zeit entstandene Veränderungen (Bildung von Myelinkugeln, Vacuolenbildung etc.).

Die Muskeln der unteren Extremität lassen die bekannten Erscheinung der Fettdegeneration erkennen. Die Primitivbündel sind verschwunden und an deren Stelle sieht man Fettzellen. Der linke Deltoides zeigt an den weissen Partien fettige Degeneration, an der rothen Hypertrophie der sonst normalen Primitivfasern; die Substanz der letzteren färbt sich stärker als gewöhnlich mit Carmin und Eosin; sie

sieht durchscheinend fast glasig aus. Eben dieseblen hypertrophischen Fasern findet man auch im rechten Daumenballen dicht neben atrophischen.

Die linke Fibula zeigt nicht wie eine gesunde, eine dreieckige Form mit abgerundeten Winkeln und leicht ausgehöhlten Seiten, sondern eine rundliche, elliptoide Gestalt mit überall gleicher Dicke der festen Substanz, welche beim normalen Knochen vielfach variirt. Dazu kommt in den tieferen Schichten der Knochenmasse eine bedeutende Verengerung der Haversischen Kanäle; diese sind durch eine dem intermediaeren System angehörige Knochenschicht geschieden, statt sich fast vollkommen zu berühren.

Die zweite Beobachtung betrifft eine 70 jährige Frau, die seit ihrem 13. Jahre eine vorwiegend im rechten Beine stark ausgeprägte atrophische Lähmung hatte. Bei der Autopsie fand man den im vorigen Falle beschriebenen ähnliche Veränderungen des Rückenmarks, der vorderen Wurzeln und der Nerven, eine fettige Degeneration der Muskeln und eine Atrophie der Knochen. Hypertrophische Muskelfasern wurden in diesem Falle nicht gefunden.

Die Hypertrophie der Muskelfasern, wie sie die Verf. fanden, kann nicht mit Déjerine als compensatorische Hypertrophie aufgefasst werden; auch theilen die Verf. nicht die Ansicht Erb's wonach die Hypertrophie das erste Stadium der Atrophie darstellen sollen, sehen aber auch darin eine degenerative Störung, die ebenso wie manche nur zum Theil veränderte Vorderhornzellen eine intermediäre Laesion darstellt.

Was die Veränderung der Nerven und der vorderen Wurzeln angeht, so heben die Verff. die Schwierigkeit der Untersuchung in solchen Fällen hervor. Hierbei existiren nicht, wie bei ähnlichen Nervenerkrankungen Erwachsener sclerotische Stellen, vielmehr sind die erkrankten Nervenfasern einfach verschwunden, so dass auf dem Querschnitte ein solcher Nerv mikroskopisch fast normal aussehen kann. Hier vermag nur die makroskopische Betrachtung des stark verkleinerten Nervenvolumens eine leichte und rasche Orientirung zu verschaffen.

Endlich wird nochmals auf die atrophische Veränderung der Knochen, wie sie oben beschrieben ist, aufmerksam gemacht.

Strausscheid.

348) **E. Berger:** Die Sehstörungen bei Tabes dorsalis und Versuch einer einheitlichen Erklärung des Symptomencomplexes der Tabes.

(Arch. f. Augenhkd., XIX, 3 und 4.)

B. gibt in einer sehr inhaltreichen und anregenden Arbeit zunächst eine tabellarische Uebersicht über 108 von ihm selbst untersuchte Fälle von Tabes dorsalis, eingetheilt in:

A. Fälle von Sehstörung:

- 1) welche auf beginnende Atrophie hindeuten oder Amblyopie bei normalem ophthalmoskopischem Befunde (7 Fälle).
- 2) mit ophthalmoskopisch nachweisbarer Atrophie
 - a. mit Augenmuskellähmungen (25 Fälle),
 - b. ohne Augenmuskellähmungen (19 Fälle),

3) wo die Mitbetheiligung des N. opticus zweifelhaft ist (3 Fälle).

B. Fälle ohne nennenswerthe Störung des centralen Sehens:

1) vollständige Integrität der intra- und extraoculären Augenmuskeln (2 Fälle).

2) alleinige Störung der intraoculären Augenmuskeln (30 Fälle).

3) Funktionsstörung der extrabulbären Muskeln

a. allein (2 Fälle).

b. und der intrabulbären (20 Fälle).

Syphilis war in 43% der Fälle vorausgegangen (einmal 54 Jahre).

Sie schien auf die Anfangssymptome der *Tabes* insofern von Einfluss zu sein, als dieselben

1) spinale waren: bei Syph.: 20, bei Nicht-Syph.: 42 mal.

2) cerebrale waren: bei Syph.: 27, bei Nicht-Syph.: 20 mal.

Verf. schliesst daraus, dass die *Tabes* bei Syphilitischen vorwiegend mit cerebralen, bei Nicht-Syphilitischen vorwiegend mit spinalen Symptomen beginnt. Schwere Complicationen (Sehnervenatrophie, Augenmuskellähmungen) fanden sich bei Syphilitischen nicht häufiger als bei nicht Syphilitischen.

Sodann werden die *Symptome* von Seiten der Augen einer ausführlichen Besprechung unterzogen:

Leichte Verengerung der Lidspalte, auf Sympathicuslähmung beruhend, fand sich 42 mal, 14 mal ein- und 25 mal doppelseitige, öfters gleichzeitig mit Myosis. Diese „Sympathicuslidparalyse“ nimmt im Allgemeinen vom Beginn der *Tabes* bis zum Stadium *paralyticum* progressiv zu.

Erschwerung des Lidschlusses, vermuthlich durch leichtes Ergriffen-sein des oberen Facialiskernes. Fibrilläre Zuckungen im M. orbicularis palp. nach erfolgtem Lidschluss.

Thränenenträufeln: (50 mal, davon 3 mal einseitig), „wahrscheinlich zum Theile durch erschwerte Abfuhr der Thränen (Schwächung des Orbicularis), zum grösseren Theile aber durch *Hypersecretion* hervorgerufen.“

Hypotonie (Verminderung des intraocularen Drucks) 35 mal, davon nur 12 mal gleichzeitig mit Myosis beobachtet, daher nicht durch letztere, sondern wahrscheinlich durch Sympathicuslähmung bedingt.

Pupillenungleichheit war 32 mal vorhanden, ebenso oft zeigten sich Abweichungen von der Kreisform. Besonders häufig fand Verf. eine *elliptische Form*, mit vertical (11 mal) oder schräg von aussen unten nach innen oben (14 mal) verlaufenden, beiderseits symmetrisch gerichteten Längsdurchmesser; dabei bestand fast immer Myosis. Ursache der spinalen Myosis ist nach Verf. eine Paralyse der Irisgefässe, welche in den verschiedenen Meridianen mitunter ungleich entwickelt ist und so jene Unregelmässigkeiten der Rundung der Pupille erklärt. Die Myosis paralytica ist dadurch characterisirt, dass die nach Atropineinträufelung auftretende Mydriasis 4—5 Wochen lang andauern kann (die Pupille bleibt mittelweit), während sie bei Myosis spastica nur von kurzer Dauer ist.

Mydriasis paralytica mit Accommodationslähmung wurde 2 mal

einseitig und 7 mal doppelseitig, und zwar stets im Stadium praeatacticum gesehen.

Die Pupillarreaction. Das Verhalten der Pupillenbewegungen wird durch folgende Tabelle illustriert:

Es fand sich	Im Stadium.		
	praeatact.	atact.	paralyt.
Gute Pupillarreaction	3	1	0
Symptom von Gowers	6	2	0
Träge Licht-, gute accomodative Reaction	2	1	2
Einseitig Symptom von Argyll Robertson	0	2	0
Beiderseits „ „ „ „	10	24	18
Einseitige Licht- und Accommodationsstarre	0	1	2
Beiderseitige „ „	0	11	10.

Als „Symptom von Gowers“ bezeichnet es Verf., wenn die Contraction auf Licht zwar prompt eintritt, aber rasch vorübergeht: „Es folgt auf eine kräftige Contraction der Pupille Erweiterung und dann einige Schwankungen in der Pupillenweite.“ Aus dieser Darstellung geht nicht hervor, dass es sich um einen pathologischen Zustand handelte. Einseitige reflectorische Starre (bei freier Beweglichkeit der anderen Pupille) fand Verf. 2 mal: „In einem dieser Fälle contrahierte sich die lichtstarre Pupille noch bei Lichtreizung des anderen Auges.“ Es wird sich darüber streiten lassen, ob eine solche Pupille „lichtstarr“ genannt werden darf (Ref.). Doppelseitig fand sich das Argyll Robertson'sche Symptom 52 mal, also in der Hälfte aller Fälle. Die Tabelle lehrt, „dass vom Beginne der Tabes bis zum Endausgange die Reactionsfähigkeit der Pupille zuerst gegen Licht, dann auch auf Convergenz allmählig total erlischt und dass, seltene Fälle abgerechnet, die Reflexlähmung der Pupille beide Augen gleichzeitig betrifft (Gowers hat unter 72 Fällen nur 1 Mal einseitige reflectorische Pupillenstarre beobachtet).“

„Die Lichtreaction der Pupille verschwindet zweifellos früher, als jene auf Hautreize. Letztere kann sehr lange höchst empfindlich bleiben.“

Ueber den Verlauf der centripetalen Pupillenfasern sind wir leider bei weitem nicht so genau unterrichtet, als Verf. anzunehmen scheint.

Accommodationslähmung ist auffallend häufig, nämlich 34 mal, d. h. in $\frac{1}{3}$ der Fälle, verzeichnet. Wir begegnen der Diagnose Accommodationslähmung freilich noch bei 72- und 74jährigen Greisen (Fall 101 und 72)! Sie war 3 mal einseitig, 31 mal doppelseitig, jene war stets, diese 9 mal mit Mydriasis vergesellschaftet.

Sehnervenatrophie (51 Fälle) entsteht meist früh, im Stadium praeatacticum (29 mal), seltner im Stadium atacticum (12 mal), ausnahmsweise sogar noch im St. paralyticum (3 mal). In der Mehrzahl der Fälle (29 gegen 22) sind exteriore, Augenmuskellähmungen gleichzeitig vorhanden oder vorhergegangen. Die Atrophie führt im Allgemeinen um so rascher zur Erblindung, bei je weiter vorgeschrittener Tabes sie entstanden ist.

Von *subjectiven Erscheinungen* im Beginn der Sehnervenatrophie beobachtete Verf. 2 mal Erythropsie. Während den Einengungen des Gesichtsfeldes zweifellos Einengung der Farbengrenzen voranzugehen pflegt (Leber, Schön), sollen nach den Untersuchungen B.'s Störungen des *centralen* Farbensinnes erst im Gefolge oder in Begleitung von Herabsetzung der centralen Sehschärfe vorkommen. Die *Form der Gesichtsfeldseinschränkungen* betreffend kommt B. zu dem Schluss, dass es eine *typische* Form für die tabische Atrophie nicht gibt. Am häufigsten beginnt die Verengerung von aussen (13 mal von 31 Fällen); concentrische Einengung ist 5 mal, Centralscotom 3 mal verzeichnet. Zahlreiche Gesichtsfeldschemata sind beigegeben.

Ophthalmoskopische Veränderungen: Im ersten Anfang: gleichmässige Röthung der Sehnervenpapille (auch von Michel beschrieben, von Leber gelehrt); bei beginnender Atrophie erscheint die nasale Hälfte der Papille gleichmässig grau, die Lamina cribrosa wird deutlicher sichtbar, eine blaugraue Excavation bildet sich aus; schliesslich erscheint der Sehnerv gleichmässig weiss. „Die Centralgefässe machen folgende Veränderungen durch: 1) Aa. und Vv. normal; 2) Aa. verengt, Vv. n.; 3) Aa. verengt, Vv. erweitert; 4) Aa. und Vv. verengt.“

Die *Ursache der Sehstörung* findet Verf. per exclusionem in ophthalmoskopisch nicht nachweisbaren, ihrerseits durch centrale Ursachen bedingten vasomotorischen Störungen der Netzhautgefässe (Verengerungen einzelner Gefässbezirke). Dafür spreche besonders das häufige Vorkommen von symmetrischen Gesichtsfelddefecten.

Die *Behandlung der Sehnervenatrophie* ist nach dem Urtheil aller gemässigten Forscher höchstens von vorübergehendem Erfolg. Warnung vor Schmiercuren. Vorsicht mit Strychnin!

Die Augenmuskeln. *Nystagmus. Ataxie der Augenmuskeln.* „Lässt man den Tabiker Bewegungen des Auges ausführen, so tritt am Ende derselben, insbesondere wenn dieselben sehr rasch erfolgt sind, ein leichtes pendelartiges Zucken auf.“ Am häufigsten in horizontaler Richtung. Diese zuerst von Friedreich beschriebene und als „Nystagmus“ bezeichnete Form des Augenzitters vermisste Verf. nur in 6 von seinen 109 Fällen! Auch wirklicher, d. h. continuirlicher, nicht nur nach Augenbewegungen entstehender, Nystagmus kommt vor (7 Fälle). Noch seltener ist eine wirkliche Ataxie der Augenmuskeln, welche sich durch Auftreten von associirten Doppelbildern kund gibt.

Augenmuskellähmungen entstehen fast immer ($\frac{4}{5}$) im Initialstadium der Tabes, sind meist passagär (Dauer mehrere Stunden bis 2 Jahre), kommen bei Syphilitischen nicht häufiger vor als bei nicht Syph., zeigen aber bei jenen eine längere Durchschnittsdauer ($6\frac{1}{2}$ gegen 2 Monate) und grössere Neigung zu Multiplicität. Von den einzelnen Augenmuskeln scheint der Externus am häufigsten betroffen zu werden. Die Lähmungen sind in der Regel nucleärer Natur.

Von *anderen Hirnnerven*, an denen während der Tabes Lähmungs- oder Reizerscheinungen beobachtet wurden, sind kurz erwähnt die Nn. I, V, VII, VIII, IX und X. Diabetes mellitus ist 2 mal notirt.

Alle bisherigen Versuche, die mannigfachen Manifestationen der *Tabes dorsalis*, besonders auch die Rückenmarks- und die Sehnervenerkrankung, auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen, müssen als gescheitert betrachtet werden. Verf. sucht es nun wahrscheinlich zu machen, dass in der *Medulla oblongata* die Ausgangsstätte der Erkrankung zu suchen sei. Viele Erscheinungen, besonders von Seiten der Augenmuskeln, erklären sich direct aus einer Laesion der Kerne der Rautengrube und deren Fortsetzung im *Aquaeductus Sylvii*. In der Rautengrube liegt aber auch das Hauptcentrum für die Gefässnerven des Körpers. Nun wissen wir durch *Adamkiewicz*, dass die bei *Tabes* erkrankten Parteen des Rückenmarkes ganz bestimmten Gefässgebieten entsprechen; und *Förster* und *Leber* haben die *Sehnervenerkrankung* als eine durch vasomotorische Einflüsse bedingte Degeneration aufgefasst; Verf. selbst schloss aus den Functionstörungen des Sehnerven, dass nur Störungen in den Gefässen denselben zu Grunde liegen können (s. o.).

„Es ist daher naheliegend anzunehmen, dass die functionellen Störungen der Gefässgebiete des Sehnerven und der Hinterstränge des Rückenmarkes durch eine in Folge der Ependymitis der *Medulla oblongata* hervorgerufene Erkrankung der in der Rautengrube gelegenen Gefässnervencentren zu Stande kommen.“

„Warum gerade gewisse Gefässcentren besonders zur Miterkrankung disponirt sind, mag vielleicht durch ihre mehr exponirte Lage oder in Folge eigenthümlicher Ernährungsverhältnisse zu erklären sein.“

„Wenn in vielen Sectionsbefunden von *Tabes* einer Erkrankung der *Medulla oblongata* nicht Erwähnung gethan wird, so ist dem entgegenzuhalten, dass derselben überhaupt nur wenig Beachtung entgegengebracht wurde. Andererseits kann ja auch der durch die chronische Ependymitis angefachte entzündliche Process in den Nervenkernen bereits abgelaufen sein, während der durch Neuritis migrans in den peripheren Nerven entstandene Process noch weiter fortbesteht.“

Verf. sucht seine Theorie, deren Begründung noch viele Lücken erkennen lässt, durch Thierexperimente zu stützen. Er beobachtete nach Verletzungen der *Med. obl.* das Auftreten von: 1) *Nystagmus*, 2) *Mydriasis* und *Myosis* (mit ovalärer Pupille), 3) *Haemorrhagieen* in bestimmten Gefässgebieten des Rückenmarks, 4) Veränderungen an den Netzhautgefässen. Zum Schluss überlässt er es „berufenen Forschern, die Frage nach dem Einflusse der *Med. obl.* auf die Gefässe des Rückenmarkes und der Netzhaut weiter zu verfolgen.“ *Heddaeus* (Essen).

349) **L. Löwenfeld** (München): Myo- und neuropathologische Beobachtungen. (Münch. medicin. Wochenschrift. Nro. 23, 24 u. 37. 1888.)

I. Ueber einen Fall halbseitiger Atrophie der Gesichts- und Kaumuskulatur nebst Bemerkungen über einen Fallluetischer Trigeminusaffection.

R. V., 52 Jahre alt, Beamter a. D. wurde 1875 von einem Bekannten auf die Ungleichheit seiner Augen aufmerksam gemacht. 1868 abermals, diesmal von einem befreundeten Arzte. Vermochte rechts nur mangelhaft Wangen aufzublähen und das Auge zu schliessen.

1882/83 entwickelte sich Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohre. Im August 1886 neuralg. Schmerzen und Schwäche im l. Bein. Keine Heredität. Pat. war früher nicht krank.

Stat. praes. Arter. temporal. besonders links, stark geschlängelt und etwas verdickt. Rechte Schläfengegend abgeflacht, rechtes Auge etwas stärker prominierend als das linke, rechte Lidspalte weiter als die linke. Unterhalb des rechten Jochbogens dem Masseter entsprechend beträchtliche Vertiefung der Wange; auch vom Temporalmuskel rechts nichts zu entdecken. Linker Mundwinkel höher stehend, Mund nach links verzogen. Beide Lippen etwas wulstig, vorspringend. Stirn bleibt rechts beim Emporziehen ganz glatt. Rechtes Auge kann nur bis auf einen ca. $\frac{1}{3}$ Cm. grossen Spalt geschlossen werden. Bei stärkerer Anstrengung im M. orbicularis oris und palpebrarum rechterseits fibrilläre Zuckungen. Unterkiefer kann nicht willkürlich nach links bewegt werden. Pat. weiss nichts vom Mangel der rechtsseitigen Kaumuskeln.

Die Falte, welche am Gaumen vom hinteren Rande des Oberkiefers seitlich zu dem Unterkieferwinkel herabzieht, fehlt rechts. Vertiefung daselbst, entstanden durch Schwund der M. pterygoidei.

Elektrische Exploration ergibt Verlust der galv. und farad. Erregbarkeit des M. frontalis und corrugator supercil., Herabsetzung der direkten und indirekten Erregbarkeit für beide Stromesarten in den übrigen Muskeln der rechten Gesichtshälfte, keine EaR.

Anamnese und Befund weisen darauf hin, dass es sich hier um eine Form von Muskelatrophie handelt, bei der die Motilitätsabnahme lediglich durch den Schwund der Muskelsubstanz bedingt ist. Verf. nimmt an, dass die Localisation der Muskelatrophie sich erklärt, wenn wir eine Erkrankung des Facialis- und des motor. Trigeminuskerns annehmen. Auch sprechen die fibrillären Zuckungen für einen neurotischen Ursprung. Eine streng halbseitige Atrophie der Gesichts- und Kaumuskulatur als isolirte, nicht progressive Affektion ist bisher, ausser diesem Falle, nicht beobachtet. Um nichts zu präjudiciren, bezeichnet Verf. die beschriebene Affektion als halbseitige Gesichts- und Kaumuskelatrophie (Hemiatrophia muscularis facialis et masticatoria).

R. Z., 42 Jahre alt. Vor 6 Jahren Lues. Vor 3 Jahren Ohrensausen und Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohre. Schmierkuren, Heilung. Im Juni vorigen Jahres plötzlich Unfähigkeit, links zu kauen. Stetig sich steigende Kopfschmerzen, linksseitiger Gesichtsschmerz; Vergesslichkeit, lallende Sprache, Doppeltsehen etc. Antiluëtische Kur. Gesichtsschmerz und Lähmungszustand der linksseitigen Kaumuskulatur besserten sich nicht. Später stellten sich blitzartige Schmerzen an verschiedenen Stellen der linken Schädelhälfte, Anschwellungen der linken Gesichtshälfte und Abflachung der linken Temporalgegend ein. Iritis. Schmierkuren. Besserung.

Verf. constatirte: die linke Schläfengegend abgeflacht, die Contraction des linken Schläfenmuskels schwächer, als die des rechten, dess-
weiliger die des linken Musc. masseter. der ebenfalls atrophisch ist.

Linkes untere Augenlid etwas ödematös. Excoriation an linker Unterlippe. Pat. kann Unterkiefer nach links, aber nicht nach rechts bewegen. Sensibilität an linker Gesichtshälfte abgestumpft. Geschmack an linker Zungenhälfte weniger deutlich als an rechter. Elektrische Behandlung. Besserung hinsichtlich der Sensibilitätsstörungen und Leistungsfähigkeit der Kaumuskeln.

Interessant an dem Falle ist die *isolierte* Lähmung der Kaumuskeln, welche eine Anzahl von Monaten vor der Affektion des sensiblen Trigemimus plötzlich auftrat.

II. Zur Aetiologie der multiplen Neuritis.

Während Verf. in einer früheren Arbeit über M. N. die Aetiologie nur gestreift hatte (vergl. dies. Centralbl. VIII. pag. 225. 1835), geht er jetzt näher auf dieselbe ein, indem er seine eigenen und die Erfahrungen anderer Autoren, die seit jener Zeit sich bedeutend vermehrt haben, gewissenhaft benutzt. Leyden unterscheidet bekanntlich in ätiologischer Beziehung 4 Formen:

1) die infectiöse Form: Lähmungen nach Diphtherie, Typhus und anderen Infectiouskrankheiten — Primäre infectiöse M. N. Beri. Beri. M. N. nach Syphilis und Tuberculose.

2) die toxische Form: Bleilähmung, Arseniklähmung, alkoholische Neuritis etc.

3) Die spontane M. N. nach Ueberanstrengungen und ungewöhnlichen Erkältungen.

4) die atrophische (dyskrasische) Form: nach Anämieen (perniciöse Anämie), Chlorose, Cachexie, Marasmus, Diabetes (Tuberkulose, Kakke).

Hinsichtlich der ersten infectiösen Form, die primär und als Nachkrankheit auftreten kann, entwickelt Verf. an der Hand eigener und fremder Fälle die Anschauung, dass das Agens, welches die bei uns sporadisch vorkommenden Fälle primärer infectiöser M. N. verursacht, weder stets das gleiche, noch ein eigenartiges Virus ist. Somit ist dasselbe identisch mit den Erregern verschiedener bekannter Infectiouskrankheiten, die in gewissen Fällen anstatt die gewöhnliche Form der Erkrankung zu erzeugen, direct oder nach vorhergehender Verursachung anderer Störungen (Prodromalsymptome) ausgebreitete, entzündliche oder degenerative Veränderungen an den peripheren Nerven herbeiführen.

Zur Erhärtung dieses Satzes theilt Verf. zwei eigene Beobachtungen mit. Der erste betrifft einen 6 jährigen Jungen, der eine schwere diphtheritische Lähmung darbot, doppelseitige Facialis- und Hypoglossuslähmung (neben Erhaltenbleiben des Kniephänomens etc.). Das Einsetzen der Erkrankung mit Gaumensegellähmung war für die Auffassung diphtheritisch charakteristisch, obschon eine Rachendiphtherie nicht vorausgegangen war, oder wenn sie bestanden, nur unbedeutend und von ganz kurzer Dauer gewesen sein konnte.

Der zweite Fall betraf einen 35 jährigen Kaffeewirth. Die rasche Entwicklung nervöser Störungen an Armen, Beinen und am Rumpfe,

der Mangel an Blasen- und Mastdarmerscheinungen, sowie von Papillenstarre, das Erhaltenbleiben des Kniephänomens und die relativ rasche Zurückbildung der Störungen deutete auf multiple Neuritis hin. Weder Syphilis, noch Potatorium kamen ätiologisch in Betracht, vielmehr schuldigte Verf. auch hier das Diphtherievirus als Ursache an. Mithin zählen die Mikroben der Diphtherie zu jenen infectiösen Agentien, die primär eine M. N. zu erzeugen im Stande sind.

Auch die Mikroben des Gelenkrheumatismus spielen eine bedeutende Rolle in der Entstehungsgeschichte der M. N. Verf. berichtet über einen interessanten Fall. Magd. Kaufmann, 43 Jahre alt, Büglerin, ohne hereditäre neuropathische Belastung. Brustfellentzündung und Gelenkrheumatismus im 39. Lebensjahre, 7 Wochen bettlägerig, wurde wieder gesund. Um Neujahr 1888 entstand kleiner, schmerzhafter Knoten an der Vola der rechten Hand, der sich nach 4 Wochen zurückbildete. Darauf Schmerzen an der Hohlhand und den Fingern, Gefühl von Taubheit und Geschwollensein, Schwäche der Hand. Anschwellungen an den Strecksehnen des Daumens und des Zeigefingers. Schmerzen und Druckempfindlichkeit am Vorderarme, besonders im Verlaufe d. nerv. medianus. Kraft im Arm kehrt allmählich zurück, Schmerzen nehmen ab. Aber die Beine werden kurze Zeit darnach von einem ähnlichen Leiden befallen. Auf Natr. Salicyl. schwanden Fieber, Schmerzen und Gelenkschwellungen. — Verf. constatirte am 21. Juni 1888 an den Armen dürrtige, nicht auffallend schlaffe Muskulatur, der nerv. medianus druckempfindlich. Händedruck rechts schwächer wie links. Unterscheidung zwischen Spitze und Knopf an der rechten Hand an der Volarfläche der Nagelphalangen des Ring-, Mittel- und Zeigefingers mangelhaft, Tastkreise hier erheblich erweitert. Muskulatur an beiden Beinen etwas dürrtig. Unterscheidung zwischen Spitze und Knopf rechts an der äusseren Hälfte der Fusssohle und der Plantarfläche der äusseren Zehen mangelhaft, Nadelstiche hier zum Theil gar nicht percipirt. Tastkreise an beiden Fusssohlen und an der rechten Wade erheblich erweitert; an der rechten Fusssohle stellenweise auch geringe Leitungsverlangsamung. Gang wackelnd, breitspurig. Stehen mit geschlossenen Augen nur mit geringem Schwanken verbunden.

An dem vorliegenden Falle von besonderem Interesse sind die beiden deutlich gesonderten Attaquen multipler Neuritis. Sowohl das Leiden an den Armen wie das an den Beinen ist augenscheinlich durch die Mikroben der Polyarthrits herbeigeführt. An den Beinen ist dies durch den ausgebrochenen acuten Rheumatismus ausser Frage, an den Armen weist es Verf. mit Rücksicht auf die Vorgeschichte der Patientin nach, indem er gleichzeitig die beschriebene Knötchenbildung als Produkt des Gelenkrheumatismus auffasst. Die Polyarthrits tritt demnach nicht bloss im Gefolge des acuten Gelenkreumatismus auf, sie kann auch ganz unabhängig von jeder Gelenkaffection und doch durch das Virus des Gelenkrheumatismus bedingt sich einstellen. Die Mikroben der Polyarthrits stellen also eine Gruppe von Erregern einer primären infectiösen multiplen Neuritis dar. Verf. ist der Ueberzeugung,

dass der Rheumapilz relativ häufig als Ursache der multiplen Neuritis anzuschuldigen ist, oft in Fällen, wo eine Ursache bisher nicht aufgedeckt werden konnte.

Ueber die übrigen von Leyden aufgestellten Formen M. N. macht Verf. zum Schlusse noch einige Bemerkungen aus denen wir hervorheben möchten, dass bezüglich der Aetiologie der letztgenannten Form bei uns in Deutschland die *Gicht* zu wenig gewürdigt erscheint. Wenigstens sprechen einige Beobachtungen des Verf.'s sehr zu Gunsten eines ätiologischen Zusammenhangs zwischen Gicht und Polyneuritis.

Goldstein.

349) **Hermann Nebel:** Bewegungskuren mittelst Schwedischer Heilgymnastik und Massage. (Wiesbaden, J. F. Bergmann 1889. 384 Seiten mit 55 Abbildungen im Text und einer Tafel, geb. 8 Mark.)

Es ist schwer zu begreifen, wie es möglich war, dass die mechanische Gymnastik des Fr. G. Zander, trotz der grossen Zahl der wohlbeglaubigten mit seiner Methode seit langen Jahren erzielten brillanten Heilerfolge, bei uns bis in die neueste Zeit dem grossen ärztlichen Publikum ganz unbekannt bleiben konnte. Liegt es doch nicht im Character der deutschen Wissenschaft sich gegen verdienstvolle Erfindungen anderer Nationen ablehnend zu verhalten und müssen wir es deshalb mit Freuden begrüssen, dass diese Methode in dem Verfasser einen so warmen und beredten Vertheidiger gefunden hat.

Ich will hier gleich vorwegnehmen, dass die Resultate, welche in dem neubegründeten Hamburger Institut gemacht wurden und welche das casuistische Material der vorliegenden Arbeit ausmachen, nicht als Massstab für den Werth der Methode gelten können. Wer in einer grossen Stadt unter häufig ungünstigen Bedingungen eine neue Behandlung einführen will, hat mit Schwierigkeiten zu kämpfen und muss gewissermassen Lehrgeld zahlen, ehe er zu zweckmässigen Einrichtungen gelangt.

So werthvoll übrigens die Bewegungskuren im Allgemeinen und speziell auch die mechanische Gymnastik für die Behandlung einer Anzahl von Nervenkrankheiten sind, so wird man den Verdiensten dieser Kurmethode vom Standpunkt des Nervenarztes allein nie gerecht werden können, ihre glänzendsten Erfolge hat sie auf anderen Gebieten gefeiert. Verfasser sieht auch in der Heilgymnastik kein spezifisches Heilmittel für Nervenleiden und betont deshalb wiederholt, z. B. bei Besprechung der Neuralgien, dass, neben der speziell gegen die afficirte Körperpartie gerichteten Therapie, stets eine auf Kräftigung des ganzen Menschen hinzielende Allgemeinbehandlung rathsam erscheine.

Nebel beschwert sich in seinem Vorwort über die ungerechte Bevorzugung, welche die Massage, die doch nur aus dem passiven Theil der Heilgymnastik hervorgegangen sei, bei uns erfahren und meint, dass es wohl die Zeit sei, einmal auf den Werth der Heilgymnastik als Ganzes aufmerksam zu machen und daran zu erinnern, was dieselbe

geleistet hat und was sie zu leisten verspricht. Diese Forderung scheint mir, wie ich weiterhin auch *gegen* Nebel ausführen werde, durchaus gerechtfertigt und so lange Verfasser diesem von ihm aufgestellten Grundsatz trenn bleibt, stehe ich ganz auf seiner Seite. Leider ist Verfasser wohl durch die bisherige Nichtbeachtung oder gar Anfeindung der Zander'schen Maschinengymnastik etwas gereizt und wird deshalb den anderen gymnastischen Disciplinen, der schwedischen manuellen Methode, der deutschen Heilgymnastik und der Massage nicht immer gerecht; ich möchte ihn an die beherzigenswerthe Worte mahnen, mit denen er sein Vorwort schliesst:

„Ich wüsste keinen sachlichen Grund, warum die manuelle und die mechanische Methode“ — hier würde ich lieber ergänzend sagen: warum die eine oder andere gymnastische Disciplin — „sich befenden sollten. Richtig angewandt leistet die eine, wie die andere viel Gutes. Beide können sehr wohl friedlich nebeneinander bestehen: sie werden sich häufig sehr zum Vorthail der Patienten ergänzen.“ — So sympathisch ich dem Buche Nebel's gegenüber stehe, so bin ich doch über den Werth der deutschen Heilgymnastik anderer Ansicht als der Verfasser; ich gebe gern zu, dass es ein Missgriff war, wenn Schreiber, Fromm u. A. ihre heilgymnastischen Recepte durch Ueberschriften, wie: „Gegen beginnende Muskellähmungen, Veitstanz, Zittern u. s. w.“ so eingerichtet haben, dass unverständige Kranke glauben können, sie dürften sich darnach ohne Zuziehung eines Arztes selbst behandeln; aber ich sehe nicht ein, warum ein sachverständiger Arzt nicht aus den Bewegungsformen der deutschen Heilgymnastik eben so gut ein für den einzelnen Patienten passendes Recept sotlle zusammenstellen können, wie es Zander und Nebel für ihre Maschinen-Therapie thun. Ich erkenne es gern an, dass für die Behandlung gewisser Kranken, z. B. Herzkranker die genau dosirbare, der feinsten Abstufung fähige, alle Mnskeln nach Bedürfniss einzeln heranziehenden Maschinenbehandlung grosse Vorzüge hat, ich glaube aber trotzdem, dass eine Combination der deutschen und der schwedischen manuellen Methode (also active, passive und Widerstandsbewegungen) bei uns schon deshalb bessere Chancen haben wird, weil sie überall durchführbar ist, während die Zander'schen Institute des Gelderwerbs wegen an grosse Städte gebunden erscheinen.

Wenn ich der Bevorzugung, welche Nebel — vielleicht unbewusst — der mechanischen Gymnastik zu Theil werden lässt, hier überhaupt gedenke, so geschieht das nur, weil ich die Ueberzeugung habe, dass 1. Heilgymnastik und Massage *nur* unter der Aufsicht und in den Händen der Aerzte wirklich Gutes leisten können, und 2. weil zu wünschen wäre, dass künftig *jeder* Arzt für alle einzelnen Disciplinen der „Bewegungskur“ genügend ausgebildet würde, dass es, wie Schreiber es wünscht, die häufigeren leichten Fälle selbst behandeln könnte und nur die veralteten schwierigen dem Specialisten zuzuweisen brauchte. Wenn aber diese Forderungen in segensbringender Weise zur Ausführung kommen sollen, so darf der practische Arzt nicht eine Disciplin vor der anderen bevorzugen, sondern muss im einzelnen Falle

diejenige wählen und zur Anwendung bringen, welche er im Augenblick für die geeignetste hält, oder aber, die am gegebenen Ort zu haben ist, sei es eine Zander's mechanische, schwedische manuelle oder deutsche Massagebehandlung.

Wer ein Lehrbuch der Mechanotherapie mit Aufzählung der Krankheiten sucht, bei welchem diese Kurmethode Erfolge zu verzeichnen habe und mit Anleitung zum Erlernen der Massage und Heilgymnastik, dem können wir weit mehr als dem Bedürfniss des Praktikers in eminenter Weise entsprechende Buch von Schreiber empfehlen, die Arbeit Nebel's charakterisirt sich mehr als eine Streitschrift für die grossen Verdienste seines Lehrers Dr. G. Zander und dessen mechanische Gymnastik. Immerhin bietet das Buch viel des Anregenden und Belehrenden und muss schon aus Rücksicht auf die Gerechtigkeit der Kenntnissnahme des Collegen dringend empfohlen werden.

Seite 94—132 bespricht Verf. im Anschluss an die Constitutional anomalies die Nervenschwäche und Hysterie mit der Motivirung, dass diese Neurosen den vorerwähnten Leiden nahe verwandt seien, häufig als ihre Gesellschafter auftreten oder direct aus ihnen zu entspringen schienen. Er betont, dass bei diesen so verbreiteten Schwächezuständen die Heilgymnastik nicht nur muskelstärkend sondern auch als Kräftigungs- resp. als Erziehungs-Mittel für das Gehirn, das Rückenmark und die Nerven betrachtet werden müsse, ein Heilmittel, das die gesunkene Willenskraft durch schonende Anregung langsam, aber sicher zu beleben und zu stärken vermöge. Die Erwähnung der gegenwärtig so beliebten Weir-Mitchell-Kur giebt N. Gelegenheit seine Ansicht zur Geltung zu bringen und kann ich es mir nicht versagen einige kurze Sätze hier wiederzugeben: „Es ist ein sehr verbreiteter Glaube“ (sollte besser heissen: Aberglaube), „dass Nervöse mehr der Schonung durch Ruhe, als durch Uebung der Bewegungen bedürften. Wenn es gelingt, die Kranken, indem man sie aus den hässlichen Verhältnissen entfernt, absolute Ruhe zu verschaffen, so verbessert man in der That ihren Zustand“, (richtiger wäre: so bringt man vorübergehend ihre Beschwerden zum Verschwinden), „man macht sie aber nicht definitiv gesund, d. h. leistungs- und widerstandsfähig“, und: „der Nutzen der Ruhe und Knetkur für Nervöse und Hysterische ist nur ein partieller, die passiven Mittel dienen zur Beruhigung und Erholung; Gesundheit und Kraft aber können die Kranken sich durch kein Mittel besser, als durch Heilgymnastik zurückgewinnen und erhalten.“ Das sind goldene Worte!

Wie ich schon oben andeutete, sind die in dem Hamburger Institut bei Neurasthenie und Hysterie erzielten Erfolge lange nicht so glänzend ausgefallen, als die entsprechenden des Dr. Zander; es fällt das aber nicht der Methode zur Last und wird sich bei einer zweckmässigen Aenderung der deutschen Zander-Institute sicher vermeiden lassen. Ich bedanere es deshalb aufrichtig, dass Nebel, durch manche Widerwärtigkeiten verstimmt, geneigt scheint das Kind mit dem Bade auszuschütten; klagt er doch ziemlich erregt, dass die Mehrzahl der

nervösen Damen „weder genügendes Verständniss für die Sache, noch die von der Natur ihrer Leiden und ihrer körperlichen Verfassung gebotene Geduld mitbrachten“ und versteigt sich sogar dazu die Hysterischen als nur für die Behandlung in geschlossenen Nerven- resp. Irrenheilanstalten geeignet zu bezeichnen.

Für Nervenkranke genügt es freilich nicht, dass sie den ärztlichen Leiter eines gymnastischen Instituts einmal consultiren und sich von ihm ein Recept geben lassen, nach dem sie dann wochenlang üben ohne dass der Arzt die Zeit fände, sich um ihr Ergehen zu kümmern. Gerade für unsere Kranken spielt die moralische Beeinflussung — manchmal direct eine Erziehung — durch einen wohlwollenden Arzt eine wichtige Rolle und würde es sich vielleicht empfehlen für sie eine Pension mit dem Institut zu verbinden, in welcher die Anstaltsärzte die gesammte Behandlung überwachen und ausüben müssten. Die Kranken würden auf diese Weise auch ihren oft für den Erfolg der Kur sehr ungünstigen häuslichen, dienstlichen u. s. w. Verhältnissen entzogen und wenn es gelingen sollte neue Institute nicht ausschliesslich in grossen Städten zu gründen, sondern, etwa wie das Badenser, in grösseren Kurorten mit günstigen klimatischen Verhältnissen, so würde der Nervenarzt diese letzteren für seine Kranken vielleicht noch annehmbarer finden, als die in den grossen Verkehrscentren gelegenen.

Die schärfste Kritik gegen die bisherigen Einrichtungen unserer deutschen Institute liegt in den Klagen Nebel's, dass viele Patienten nur wenige Tage oder Wochen aushielten, oder verschwanden, ohne ihm über etwaige Veränderungen in ihrem Befinden Auskunft zu geben. Weit schlimmer ist es allerdings noch, dass einer seiner Neurastheniker sich nicht davon abhalten liess „den Kraftmeier zu spielen“ und überall zu schwere Widerstände nahm. Wo bleibt da der Nutzen der genau dosirbaren und leicht zu kontrollirenden mechanischen Methode? Aehnliche Klagen finden sich an verschiedenen Stellen und um solchen Vorkommnissen vorzubeugen, würde doch der Befehl an das Personal genügen, dass im Institut nur genau nach den vom Arzt verordneten Recepten geübt werden dürfte.

Ein weiteres vom Verfasser selbst geäussersten Bedenken gegen das Ueben von Hysterischen in öffentlichen Instituten: dass dieselben dort bald ihr Publicum finden würden, für das sie interessant wären, das sie bedauerte und durch verkehrt angebrachte Theilnahme die schon erzielten guten Erfolge der Behandlung wieder in Frage stellen könnte, wäre ebenso wie der Hinweis auf die Nachahmungssucht der Hysterischen und daraus entstehende Gefahren für dieselben, dadurch zu entkräften, dass man die Hysterischen zu besonderen Stunden getrennt überliesse.

Immerhin bleiben von Nebel's casuistischem Material noch eine genügend grosse Anzahl von Fällen übrig, in welchen gymnastische Behandlung von Neurasthenikern und Hysterischen Heilung oder doch so erhebliche Besserung erzielte, dass weitere Versuche gerechtfertigt erschienen.

Zu der von einigen Enthusiasten vorgeschlagenen Verwendung der Bewegungskur für Geisteskranke bemerkt Verfasser, dass er bei Hypochondrie und Melancholie durchweg schlechte Resultate hatte, hält aber gymnastische Behandlungen für ein werthvolles Unterstützungsmittel in der Hand des Psychiaters, welcher vorher das Wichtigere, die Entfernung des Kranken aus seinen Verhältnissen veranlassen und für Fernhaltung schädlicher Einflüsse sorgen werde.

Nachdem wir im Vorstehendem das Für und Wider der heilgymnastischen Behandlung von Nervenkranken, ausführlich besprochen haben, können wir uns bei den Seite 278 bis 329 abgehandelten Nervenkrankheiten kurz fassen.

N. verweist die Sensibilitätsstörungen mehr in das Gebiet der Massagebehandlung, hält es aber, besonders bei peripheren Anästhesien für zweckmässig, diese mit Bewegungen zu verbinden. Bei spinalen und cerebralen Anästhesien dürfte nach ihm nur in Ausnahmefällen etwas von Heilgymnastik und Masage zu erwarten sein.

Unter den Neuralgien hält er „besonders diejenigen einer erfolgreichen Behandlung durch Bewegungen zugänglich, welche Nerven betreffen, die zwischen willkürlichen Muskeln verlaufend günstige Angriffspunkte bieten, also Neuralgien im Gebiete des plexus brachialis, des plexus lumbalis und cruralis und des nervus ischiadicus.“ Dagegen erscheinen ihm die direct nur mit Massage angreifbaren Neuralgien im Gebiete des Trigemini, die Occipital- und die Dorso-Intercostal-neuralgie, die Mastodynie, Concygodynie u. s. w. als kein dankbares Object für die mechanische Therapie. In dem Streite ob die Gelenkneurosen als Gelenkneuralgien aufzufassen seien, stellt sich Nebel, im Gegensatz zu Schreiber, auf den schon vor Jahren von Billroth verfochtenen Standpunkt und sieht in der Mechanothérapie nur ein Unterstützungsmittel zur schnelleren Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Extremität, während er den Hauptaccent auf die psychische Behandlung legt. Der sonst so eminent practische Schreiber dagegen tritt sehr energisch für die neuralgische Natur der Gelenkaffection ein und erklärt die Mechanothérapie für das eigentliche Heilmittel, obwohl er zugesteht, dass er nur einen derartigen Fall persönlich behandelt habe. Mir erscheint nach den, an einer ziemlich grossen Reihe von mit glücklichem Erfolg selbst behandelten Fällen, gemachten Erfahrungen die Auffassung Nebel's zweifellos richtig zu sein, welcher ausspricht, dass Psychiater resp. Nervenärzte bei den sogenannten „reinen Gelenkneurosen“ am ehesten Erfolge zu verzeichnen haben würden.

Sehr zurückhaltend äussert sich Verfasser über den Werth der gymnastischen Behandlung von peripheren und toxischen Lähmungen, weil die Berichte über erzielte Erfolge nicht von Aerzten herrühren; er hebt aber gerechter Weise das grosse Verdienst Ling's hervor, dessen Widerstandsbewegungen in vielen Fällen noch Gutes zu leisten vermögen, wo active Bewegungen nur verschlimmernd wirken; er betont aber dann mit Recht, dass es dringend wünschenswerth sei auch diese

Methode nur durch verständige Aerzte angewendet zu sehen, deren Veröffentlichungen dann bald Klarheit über den Nutzen der Methode bringen würden. Auch Schreiber betont, dass active Bewegungen eher schaden, als nützen, lobt gleichfalls die Widerstandsbewegungen und erkennt an, dass da wo die Zander'schen Maschinen zu haben seien, diesen der Vorzug gebühre; er kommt aber zu dem Schluss: „da die Anschaffung dieser kostspieligen Apparate nicht immer thunlich und ärztliche Aufsicht solchen Kranken jederzeit erwünscht ist, so dürften diese in heilgymnastischen oder Wasserheilanstalten am besten untergebracht werden.

In die Behandlung des Schreibkrampfes theilen sich nach Dr. Zander Heilgymnastik und Massage, doch müssen auch Schreibübungen unter ärztlicher Controlle vorgenommen werden. Zander glaubt, ebenso wie Dr. Woetlind und andere zuverlässige Autoren, eine schlechte Prognose stellen zu müssen, wenn jeder Anhalt für peripheren Ursprung und Sitz des Uebels fehlt, so dass man auf centralen Sitz der Erkrankung schliessen muss, welche dann besser mittelst des galvanischen Stroms zu bekämpfen sei. Nebel erwähnt bei der Besprechung der in seinem Hamburger Institut zur Behandlung gekommenen 38 Fälle, als abweichend von Zander's Vorschriften, dass *er* die erforderlichen Schreibübungen nur *anrathen*, nicht *überwachen* konnte, ein Fehler, der vielleicht durch Vermehrung des ärztlichen Personals der Institute künftig vermieden werden könnte.

Für Migräne stimmt Nebel darin mit Schreiber überein, dass es verkehrt sei, das Uebel *nur* local durch Bearbeiten des Kopfes, Halses u. s. w. anzugreifen, beide Autoren betonen, dass durch rationelle allgemeine Gymnastik mehr genutzt werde, als durch blosse Massage.

Die Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks können wir hier füglich übergehen, da von einer heilenden Wirkung der Bewegungskur natürlich nicht die Rede sein kann. Nebel erwähnt jedoch, dass er, z. B. bei spinaler Kinderlähmung bei Geschick und viel Geduld wiederholt dankenswerthe Besserung gesehen.

Es erübrigt noch der Neurosen ohne bekannte anatomische Grundlage zu gedenken, von denen die Epilepsie wohl eine Bewegungskur indicirt erscheinen lässt, sich aber, wie Nebel sehr richtig hervorhebt nur in Ausnahmefällen für die in gemeinschaftlich zu benutzenden Kursälen betriebene gymnastische Behandlung eignet.

Die Behandlung der Chorea mit Bewegungen bezeichnet Zander als sehr dankbar, Nebel hat darüber in demselben Verlag eine grössere historisch-kritische Studie veröffentlicht, welche entschieden Beachtung verdient.

Vermisst habe ich in dieser Abtheilung die Erwähnung des Morbus Basedowii, in dessen Behandlung einer rationell geleiteten Bewegungskur als eines sehr werthvollen Unterstützungsmittels wohl hätte gedacht werden dürfen; dagegen stimme ich ganz mit Verfasser überein, dass Paralysis agitans nicht als ein passendes Object für gymnastische Behandlung anzusehen ist.

Franz (Schwalbach).

351) Metzger (Happenheim): Zur Lehre von den Degenerationszeichen.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 45. H. 5 u. 6. 1889.)

Die Unsicherheit, die zur Zeit auf dem Gebiete der somatischen Degenerationslähmung herrscht, hat Verf. bewogen, eine grössere Anzahl Geisteskranker und Schulkinder auf Degenerationszeichen an Gaumen, Zähnen und Ohr hin zu untersuchen (157 Geisteskranke, 223 Schulkinder im Alter von 9—16 Jahren). Es ergab sich dabei folgendes Resultat: von den Geisteskranken trugen Degenerationszeichen überhaupt 93⁰/₁₀₀, an Gaumen, Zähnen und Ohr 61,8⁰/₁₀₀, und zwar an Gaumen und Zähnen allein 15⁰/₁₀₀, am Ohr allein 9⁰/₁₀₀, an Gaumen, Zähnen und Ohr zugleich 37⁰/₁₀₀. — Es waren etwa 40⁰/₁₀₀ der Kranken erblich belastet. Von diesen Hereditariern trugen Degenerationszeichen überhaupt 97⁰/₁₀₀, an Zähnen, Gaumen und Ohr 71⁰/₁₀₀, und zwar an Gaumen und Zähnen allein 11⁰/₁₀₀, am Ohr allein 13⁰/₁₀₀, an Gaumen, Zähnen und Ohr zugleich 47⁰/₁₀₀. Von den erblich nicht belasteten Kranken wiesen 90,5⁰/₁₀₀ Degenerationszeichen überhaupt auf, davon an Gaumen, Zähnen und Ohr 55,7⁰/₁₀₀, und zwar an Gaumen und Zähnen allein 17⁰/₁₀₀, am Ohr allein 7,3⁰/₁₀₀ an Gaumen, Zähnen und Ohr zugleich 31,5⁰/₁₀₀. Von den untersuchten 23 Schülern zeigten sich 49⁰/₁₀₀ mit Degenerationszeichen an Gaumen, Zähnen und Ohr behaftet. Es vertheilte sich dies folgendermassen: Degenerationszeichen an Gaumen und Zähnen 9⁰/₁₀₀, am Ohr allein 13⁰/₁₀₀, an Gaumen, Zähnen und Ohr zugleich 26⁰/₁₀₀. — Fast 33⁰/₁₀₀ der Untersuchten waren erblich belastet. Von diesen trugen Degen.-Z. an Gaumen, Zähnen und Ohr 83,5⁰/₁₀₀, und zwar an Gaumen und Zähnen allein 13⁰/₁₀₀, am Ohr allein 28⁰/₁₀₀ und an den genannten Stellen zugleich 41⁰/₁₀₀. Von den erblich nicht Belasteten trugen Deg.-Z. an Gaumen, Zähnen und Ohr 25⁰/₁₀₀, an Gaumen und Zähnen allein 7⁰/₁₀₀, am Ohr allein 2,5⁰/₁₀₀, an Gaumen, Zähnen und Ohr zugleich 16⁰/₁₀₀. — Eine Zusammenstellung der Zahl der Degenerationszeichen bei den Geisteskranken und Gesunden bestätigt die Ansicht Lombroso's, dass die Combination und Cumulation der Degenerationszeichen bei Geisteskranken bei weitem häufiger, bezw. grösser ist, als bei Geistesnormalen, und dass nicht die abnorme Bildung oder Neubildung eines Organs an sich als Degenerationszeichen zu verwerthen ist, sondern dass diese Abnormitäten bei einem und demselben Individuum gleichzeitig vorhanden sein müssen, um als echte Stigmata zu gelten. K r o n.

352) Ascher (Dalldorf): Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46. H. 1. 1889.)

643 Fälle von allgemeiner Paralyse bei Männern liegen den statistischen Erhebungen des Verf.'s zu Grunde, sämtliche Fälle, die seit dem Bestehen der Dalldorfer Anstalt, innerhalb 8 Jahren, zur Beobachtung gekommen und gestorben sind. Was zunächst das *Aller* betrifft, so stellte sich dies zur Zeit des Todes so, dass die Meisten zwischen 40 u. 50 Jahren starben; bis dahin nimmt die Zahl der To-

desfälle von 5 zu 5 Jahren regelmässig zu, um nachher ebenso regelmässig wieder abzunehmen. Rechnet man als die Jahre des kräftigsten Mannesalters die Zeit vom 35.—50. Jahre, so gehörten allein $\frac{2}{3}$ der Fälle dieser Lebensperiode an. Hinsichtlich der *Dauer* der Krankheit ergab sich, dass dieselbe in den jüngeren Jahren (20—35 J.) schneller und in den höheren Lebensjahren (50—70 J.) wiederum langsamer als zur Zeit des kräftigsten Mannesalters zu verlaufen pfllegt. Die Betrachtung der *ätiologischen Momente* zeigte, dass 31 $\frac{1}{2}$ % der Kranken erblich belastet waren, so zwar, dass der väterliche Einfluss den mütterlichen überwog. *Syphilitische Infection* hatte bei 34,7 $\frac{1}{2}$ % der Fälle stattgefunden. Der Zeitraum zwischen dem Auftreten der echten Symptome der Lues und der allgemeinen Paralyse schwankte zwischen 4 und 29 Jahren. Die Dauer der Krankheit sowie des Anstaltsaufenthalts war in dem Theil der Fälle eine bedeutend kürzere, bei dem schon sehr lange vor dem Beginne der Paralyse dieluetische Infection stattgefunden hatte. Die Fälle mit neuerluetischer Vergangenheit zeigten relativ häufige apoplectiforme Insulte, im Uebrigen ergab sich kein Unterschied, speziell hatte der Ausbruch der Krankheit nicht früher stattgefunden als sonst. Von anderen ätiologischen Momenten wird folgendes erwähnt: In 37,6 $\frac{1}{2}$ % der Fälle war Alcoolgenuss als Ursache angenommen, eine Zahl, deren Richtigkeit indessen Verf. bezweifelt. In 58 Fällen hatte eine Kopfverletzung stattgefunden, Insolation in 1 F., längere Arbeit in strahlender Hitze in 5 F., Arbeit in starker Sonnenhitze in 2 F., Tabak in 5 F., Opium und Morphinum in 1 F., Bleivergiftung in 3 F. — In 7 Fällen hatte Lungentuberculose vor Beginn der Paralyse bestanden, vorausgegangene Geisteskrankheiten fanden sich 4 mal, angeborener Schwachsinn 3 mal. 8 Paralytiker hatten an epileptischen Krämpfen gelitten. Tabes dorsalis scheint nur in 8 Fällen mehrere Jahre lang vorausgegangen zu sein. In 106 Fällen sind psychische Einwirkungen anscheinend wirksam gewesen. Fast $\frac{1}{3}$ der Kranken hatte Feldzüge mitgemacht, andere 61 hatten schwere Freiheitsstrafen verbüsst.

Kron.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

I. Naturhistorisch-medicinischer Verein zu Heidelberg.

Sitzung vom 6. Novbr. 1888. (Verhandl. des N.-M. Ver. N. F. IV. Bd. 2. Heft. Winter'sche Buchhandlung.)

353) **Buchholtz:** *Zur Pathologie der Dementia paralytica mit Demonstrationen.*

Buchholtz berichtet über Betunde in der Hirnrinde von Paralytikern, und zwar fand B. in sämmtlichen daraufhin untersuchten Fällen eine sehr reichliche Neubildung von Gefässen durch Sprossenbildung von einem vorhandenen Gefäss aus. (Ranvier, Arnold.) Am instructivsten zeigten sich Präparate, die nach Exner mit Osmium-

säure und Ammoniak resp. nur mit Osmiumsäure behandelt waren. An diesen liessen sich die Gefässsprossen, Protoplasmabogen und Schlingen am leichtesten nachweisen, doch müsse man in derartigen Präparaten eine gewisse Quellung der Kerne mit in den Kauf nehmen. Ausserdem blassen derartige Präparate in kurzer Zeit ab, wodurch sie unbrauchbar würden. Schwieriger aufzufinden seien derartig in Bildung begriffene Gefässe in Präparaten, die nach Fixirung in Müller'scher Flüssigkeit mit ammoniakalischem oder Borax Carmin und saurem Alkohol behandelt waren, da es hier viel schwerer ist, als nach Osmiumbehandlung die einzelnen Gefässe mit ihren Sprossen zu isoliren und die vielen anderen Elemente (Bruchstücke von Nerven-Fasern, Ganglienzellen, Spinnenzellen etc.) die Klarheit der Bilder beeinträchtigen. So ist es besonders schwer nach diesen Methoden, was bei Osmium-Einwirkung leicht gelingt, wohl erhaltene, von einem Gefäss bis zu einem anderen reichende junge Protoplasma-Schlingen unversehrt zu erhalten. An den mit Carmin behandelten Präparaten lässt sich aber an den Stellen der Gefässe, an denen es zur Entwicklung einer Gefässsprosse gekommen war, eine Vermehrung der Endothelkerne nachweisen; und zwar findet sich regelmässig, so lange die Sprossen noch klein sind, an der Basis jener bekannten zeltförmigen (dreieckigen) Aufsätze ein Kern. Ihren Ausgang nehmen dabei diese Gefässsprossen stets von den allerfeinsten Gefässen, eigentlichen Capillaren oder feinsten Arterien. An den Gefässen, die eine bereits deutlich von der Intima getrennte Adventitia haben, begleitet diese die Gefässsprosse, ohne von derselben durchbrochen zu werden, um dann in die Adventitia des entgegenwachsenden Protoplasmabogens oder des von der Sprosse erreichten Gefässes überzugehen.

An frischen ungefärbten Zupfpräparaten gelingt es sehr schwer, derartige Sprossen und Schlingen anzufinden, und ist es auch dem Vortragenden erst gelungen dieselben vereinzelt nachzuweisen, nachdem er sich an anderen Präparaten für das Aufsuchen derartiger Elemente eingeübt hatte. Es sind nun zwar auch bereits früher einzelne derartige Beobachtungen gemacht worden, so erwähnt unter Anderen Schüle (Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 32), dass er einmal ein derartiges Gebilde erkannt habe, dessen Bedeutung er aber erst, nachdem er die Ranvier'schen Zeichnungen über Gefässneubildung gesehen hatte, richtig gewürdigt hätte. Später will er eine derartige Beobachtung nicht mehr gemacht haben. Ausserdem hat Mierzejewski, dessen Arbeit*) dem Vortragenden zur Zeit leider nur im Referat zugänglich war, darauf hingewiesen, dass er im Gehirne von Paralytikern Veränderungen an den Gefässen gesehen habe, wie sie Golubieff in dem wachsenden Froschlarvenschwanz beobachtet habe. Jedenfalls ist diesen Befunden, denen wohl auch öfters widersprochen worden war, nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt worden. Dass aber diese Beobachtungen so selten gemacht wurden, liegt wohl der Hauptsache nach an der schwierigen Darstellung dieser Gefässsprossen, da an

*) *Études sur les lésions cérébrales dans la paralysie générale.*

Schnittpräparaten dieselben kaum jemals zu verfolgen sein dürften, indem nur äusserst selten ein Schnitt so fallen dürfte, dass er einen grösseren Theil einer mit einem Gefäss im Zusammenhang stehenden Sprosse, geschweige denn etwa eine ganze unversehrte Gefässschlinge enthielte, und auch an Zupfpräparaten, wenn man nicht jene isolirenden Osmiummethoden anwendet, es äusserst schwierig ist, jene feinen Elemente intakt zu erhalten, ohne dass sie von den darüber oder dicht daran gelegenen andersartigen Gebilden verdeckt würden. So hat denn auch der Vortragende selbst bei der Durchmusterung einer grossen Anzahl von Schnittpräparaten nur äusserst selten mehr oder minder deutliche, nur diese Erklärung zulassende Bilder gefunden.

Eine gewisse differential diagnostische Schwierigkeit machen die sogenannten, bei der Paralyse wohl stets anzutreffenden Spinnenzellen mit ihren Ausläufern. Diese stehen allerdings auch in einer gewissen Beziehung zu den Gefässen. Ueber den Ursprung dieser Zellen sind die Autoren nicht einig, doch wird von den meisten Beobachtern angenommen, dass sie sich aus weissen Blutkörperchen, nachdem dieselben aus dem Adventitialraum ausgewandert sind, entwickeln. Diese sollen dann einmal Lamellen der Adventitialscheide mit sich ziehen, dann aber auch selbstständig Sprossen treiben, so dass sie eine Gestalt annehmen die durch ihre Aehnlichkeit mit jenen Thieren diesen Namen berechtigt erscheinen lässt. Von einigen Forschern nun, so vor Allen von Mendel ist diesen Zellen die Fähigkeit neue Gefässe durch Hohlwerden ihrer Fortsätze zu bilden zugeschrieben worden, eine Ansicht, welcher sich der Vortragende nicht anschliessen kann, wenn er auch nicht in der Lage ist, den strikten Beweis, der, wie alle Beweise, die etwas Negatives beweisen sollen, sehr schwierig sein dürfte, zu liefern, dass sich derartige Zellen nicht vereinzelt, wie dies ja auch sonst bei chronischen Entzündungsprocessen von einer Anzahl von Beobachtern für möglich gehalten wird, unter gewissen Umständen in Blutbahnen verwandeln können. Jedenfalls jedoch würde ein derartiges Vorkommen nur ein ganz vereinzelter sein können, die oben erwähnte Vermehrung der Gefässe sich aber vollkommen auf die so reichliche Gefässneubildung durch Sprossen zurückführen lassen. In Betracht zu ziehen seien aber als Ursprungsstätte für jene Spinnenzellen ausser den weissen Blutkörperchen — ein Umstand, auf den wenig bisher geachtet worden zu sein scheint — die schon normaliter in der Rinde enthaltenen, vereinzelter Deiter'schen Zellen und vor Allem die Zellen innerhalb der Gefässwände. Diesen letzteren dürfte sogar ein sehr erheblicher Autheil an der Entwicklung jener Spinnenzellen zuzuschreiben sein, wenigstens liessen sich an den Kernen der Gefässwandungen, spec. an den Kernen der Adventitialscheide, d. h. also eines Gewebes, das doch sicherlich zu den Bindesubstanzen zu rechnen ist, deutliche Wucherungserscheinungen (Kerntheilungsfiguren) nachweisen.

Wie dem aber auch sei, mögen diese Zellen von den fixen vorgebildeten Deiter'schen Zellen, den Bestandtheilen der Gefässwandungen oder auch den weissen Blutkörperchen abstammen, immer wäre wohl ein Zusammenhang ihres Innern mit der Lymphbahn des adventitiellen

Raumes denkbar und sogar mehr als wahrscheinlich, da wir ja überhaupt wohl in diesen Gebilden nur Saftbahnen für die Lymphe zu erblicken haben, niemals jedoch mit dem noch durch das Endothelrohr der Intima abgeschlossenen eigentlichen Gefässlumen.

Was nun die Gestalt dieser Spinnenzellen anbetrifft, so finden sich hier jene schon vielfach abgebildeten Formen mit centralem Kern und einer Reihe mehr oder minder feiner Fortsätze. Dann aber auch vielfach Gebilde, in denen der Kern deutlich excentrisch liegt, auf einem Theile seiner Peripherie nur noch von einem minimalen Saume von Protoplasma umgeben ist, während von seiner anderen Seite aus neben einzelnen feinen, 2 bis 3, selten mehr derbere Fortsätze ausgehen. Diese letzteren sind es denn, die gewöhnlich mit den Adventitialscheiden eines oder mehrerer Gefässe in Verbindung stehen und so eine gewisse Aehnlichkeit mit jenen vorher erwähnten Sprossen gewinnen. Immerhin jedoch machte sich der Unterschied bemerkbar, dass sie direkt mit dem Perithel resp. der Adventitialscheide, und nicht mit den Zellen des Endothels in Verbindung stehen, dann aber ist auch ihr Aeusseres ein von dem jener Sprossen abweichendes. Wenn nun auch beide, sowohl die Sprossen als auch jene Fortsätze eine ähnliche dreieckige Basis besitzen, so ist doch der Contour dieser Fortsätze stets ein schärferer, prägnanter, gegen die Umgebung abgesetzter, während sie selbst viel derber als jene erscheinen, wie sie denn überhaupt bereits einen mehr bindegewebigen Charakter angenommen haben. War aber schon die bisher wenig beachtete excentrische Lagerung des Kerns an den Spinnenzellen auffallend, so mussten eine Anzahl von Gebilden erst recht die Aufmerksamkeit auf sich lenken, indem diese genau das Bild jener Spinnenzellen wiedergaben, nur dass der Kern nicht mehr in direkter Verbindung mit den vorher geschilderten Fortsätzen war. Gewiss ist es ja hier möglich, dass der Kern rein mechanisch in Folge der Präparation von den anderen Zellenelementen getrennt wäre, doch spräche hiergegen einmal die verhältnissmässig schonende Präparation, dann aber auch der Umstand, dass sich eine Trennung von Kern und Protoplasma nur an solchen Elementen fand, an denen die Fortsätze ein vollkommen bindegewebiges Gefüge angenommen hatten, so dass doch wohl die Annahme, dass es sich bei allen derartigen Gebilden um Kunstprodukte handle, ungerechtfertigt erscheinen muss. Dann aber würde die Anschauung, dass die Spinnenzellen nicht sowohl die Elemente für neugebildete Gefässe als vielmehr für jene sicher constatirte Bindegewebswucherung innerhalb der Rinde der Paralytiker abgebe, nicht zu verwerfen sein, eine Anschauung, die mit den Erfahrungen der allgemeinen Pathologie aber durchaus nicht in Widerspruch stehen würde.

(Demonstration von Präparaten.)

Prof. Fürstner: Der Befund des Collegen Buchholz scheint mir namentlich von grossem Interesse zur jetzigen Zeit, wo von Neuem darüber discutirt wird, ob primär die Nervenfasern zu Grunde gehen und secundär eine Vermehrung des Bindegewebes statt hat, oder ob das Umgekehrte der Fall. Auch ich halte den Befund für einen bei der Paralyse ganz regelmässigen, möchte ausdrücklich hervorheben, dass man

auf Schnitten keinerlei Begriff davon erhält, in welcher erheblicher Masse die Gefässe vermehrt sind. Die ausgedehnte Sprossenbildung, wie sie sich an mehreren Präparaten zeigt, spricht dafür, dass sich in der Hirnrinde ein sehr erhebliches Plus von Gefässen entwickelt, was auf die Circulation von grösstem Einfluss sein muss. Was die Spinnenzellen anbetrifft, so habe ich ganz dieselben Exemplare, wie sie von Herrn Collegen Buchholz beschrieben wurden, vor wenigen Tagen in einem Opticus gefunden, der sich im Zustande der Stauungspapille befand. Auch hier war die Zahl der Spinnenzellen eine sehr grosse, der Kern lag häufig excentrisch, die Verbindung der Zellen mit den Gefässen erschien unzweifelhaft. Danach möchte ich glauben, dass sich diese eigenthümlichen Gebilde in den allerverschiedensten Gebieten des Nervensystems finden, dass sie bei den pathologischen Vorgängen in demselben eine hervorragende Rolle spielen, dass namentlich eine Ansammlung von Lymphe durch sie bedingt sein muss, welche auf die nervösen Gebilde degenerativen Einfluss übt.

Prof. Erb stellt — da die Bedeutung der Gefässveränderungen für die progressive Paralyse aus den Mittheilungen des Vortragenden und des Hrn. Collegen Fürstner erhelle — die Frage, ob auch anderweitige Veränderungen an den Gefässen, speciell an den grösseren Gefässen, gefunden seien und ob, bei der Wichtigkeit des Befundes für die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse, etwa Verschiedenheiten der Gefässerkrankungen und Gefässbetheiligung bei früher syphilitischen und nichtsyphilitischen Paralytikern gefunden seien?

Prof. Fürstner: Was die Frage des Herrn Collegen Erb anbetrifft, so muss ich betonen, dass Herr College Buchholz die Sprossenbildung vorwiegend an kleineren und kleinsten Gefässen in der Hirnrinde beobachtet hat. An den grösseren Gefässen des Hirns habe ich bei Paralytikern, die zweifellos früher syphilitisch waren, niemals Veränderungen gefunden. Ebenso habe ich bei einer grossen Anzahl von Paralytikern, die in den letzten 10 Jahren zu Grunde gingen, nur einmal Veränderungen angetroffen, die mit Syphilis in Zusammenhang gebracht werden konnten. Es fand sich nämlich in einem Falle eine fibröse Orchitis. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass an diesem sparsamen Befunde vielleicht der Umstand Antheil hat, dass schwere Syphilisformen hier verhältnissmässig selten zur Beobachtung gelangen. Ich habe wenigstens weder Gummiknoten noch schwere Erkrankungen ausgedehnter Art, z. B. der Leber, bei meinen Patienten gesehen.

Dr. Buchholz bestätigt, dass er immer nur an den kleinsten Gefässen jene Sprossenbildung beobachtet habe. Die grösseren Gefässe zeigen immer nur geringe Veränderungen (Kernvermehrung), niemals Zeichen einer Endarteritis syphilitica.

II. Verein der Aerzte in Steiermark.

Sitzung vom 13. Mai 1889. (Oesterr. Aerztl. Ver.-Zeitg. 1889. Nro. 11.)

354) **Franz Müller** (Graz): *Ueber seltene, schwere trophische Störungen bei chronischen organischen Rückenmarksleiden, insbesondere bei Tabes dorsalis.*

Vortragender legt demselben seine in den letzten Jahren beobachteten 600 Tabesfälle zu Grunde und theilt die trophischen Störungen in cutane (einschliesslich solcher der Epidermoidealgebilde und Mundschleimhaut), musculäre, ossäre und articuläre ein.

Von den ersteren erwähnt Votr. das mal perforant, die Hemiatrophia linguae mit genauem elektrischen Befunde, den spontanen Ausfall der Zähne und endlich den von ihm zuerst beobachteten *Tabesbesmund*.

Zur Illustration der tabischen Spontanfracturen demonstirte Vortragender ein sehr instructives Praeparat einer schön ausgeheilten Spontan-Doppel-Schenkelfractur eigener Beobachtung.

Eingehend besprach Votr. die tabischen Arthropathien, die er in allen Stadien der Tabes auftreten sah — mit Vorliebe aber im ersten Stadium. Derselbe unterscheidet eine reine Form von tabischer Arthropathie — durch excessive Usur der Knochenenden ohne Osteophytenbildung charakterisirt. Die zweite Form zeigt neben der hochgradigen Usur noch mehr oder weniger starke Osteophytenbildung.

Beiden Formen ist eine excessive, masslose passive, sowie nicht eingeschränkte active Beweglichkeit bei ausgesprochener Schmerzlosigkeit eigen. Votr. demonsirte einen geradezu classischen Fall von tabischer Arthropathie des rechten Kniegelenkes, einen seit zwölf Jahren im Initialstadium der Tabes dorsalis stehenden Mann betreffend (Myosis spinalis, reflectorische Pupillenstarre, Verlust des Patellarreflexes — lancinirende Schmerzparoxysmen — keine objectiv nachweisbaren Sensibilitätsstörungen). Der Kranke macht bei flectirtem Oberschenkel mit dem Unterschenkel und Fuss wie mit einem Dreschflegel schmerzlos die excessivsten Bewegungen. Beim Gehen wechseln hochgradige genu recurvatum, varum und valgum Stellungen ab, so dass jeden Moment eine Luxation zu befürchten steht.

Nie vergesse man, dass ausser diesen charakteristischen tabischen Arthropathien (sensu strictiori), vom Vortragenden Charcot'sche Gelenkskrankheiten genannt — bei Tabikern auch jegliche Art der vulgären Arthriden als Arthritis sicca, deformans etc. als einfache Complicationen angetroffen werden kann.

Bezüglich der Pathogenese bespricht Votr. die von Charcot aufgestellte spinale und die von Kredel in neuester Zeit ausgesprochene periphere (neuritische) Auslösungsart und fragt, warum die Arthropathien nicht spinalen, sowie peripheren Ursprunges sein können (ähnlich den spinalen und peripheren Anegotrophien). Bei der Behandlung vergesse man nicht die des Grundleidens — der Tabes dorsalis.

1

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrasse 29).

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 20 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie u n d gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

15. Juli 1889.

Nro. 14.

Inhalt.

- I. Originalien.** Ein Beitrag zur Lehre von der alternirenden Hemiplegie. Von Dr. Theodor Proskauer, pract. Arzt.
- II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.**
 1. Berliner Medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin. Jastrowitz: Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit.
 2. Verein für innere Medicin. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin. Leo: Ueber Bulimie.
 3. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Von Dr. M. Dreikurs in Wien. Prof. Meynert: Optische Centren in den Vierhügeln. Frey: Ueber die practische Bedeutung der Hypnose.
- III. Referate und Kritiken.** Weir and Seguin: Beitrag zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Cerebraltumoren. Puech: Progressive Apoplexie mit Bluterguss in den Ventrikel. Rissler: Zur Kenntniss der Veränderungen des Nervensystems bei Poliomyelitis anterior acuta. Henschen: Zur Lehre von der Aphasie. Bechterew und Mislawski: Ueber centrale und periphere Innervation der Därme. Lannegrace: Einfluss von Hirnlaesionen auf das Sehvermögen. Henschen: Zur Pathogenese des Schreibkrampfs. Raimond: Ein Fall von chronischem Rheumatismus complicirt mit hysterischer Anästhesie. Ségas: Die Beziehungen der Hallucinationen zu der Sprechfunction; die psychomotorischen Hallucinationen. Salgó: Compendium der Psychiatrie. Oster: Idiotie und Schwachsinn in Beziehung zu infantiler Hemiplegie.
- IV. Aus den Academien und Vereinen.**

Société de Biologie zu Paris.

Magnan: Ueber chronische Cocainintoxication. Chouppe: Ueber Morphinismus und seine Beziehungen zum Cocainismus. Féré: Ueber die Reactionszeit bei Hysterischen und Epileptischen. Féré: Ueber einen eigenthümlichen Professionakrampf. Kalt: Ueber Erkrankungen des Auges, die bei progressiver halbseitiger Gesichtsatrophie vorkommen. Chassin: Ueber essentielle Epilepsie. Charrin: Ueber die Einwirkung der Nerven auf den Verlauf einer Infection. Féré: Ueber den Zustand des Blutes nach epileptischen Anfällen.

I. Originalien.

Aus der medicinischen Abtheilung des Herrn Professor Rosenbach
im Hospital zu Allerheiligen in Breslau.

Ein Beitrag zur Lehre von der alternirenden Hemiplegie.

Von Dr. THEODOR PROSKAUER, pract. Arzt.

Alternirende Hemiplegie nennt man seit Gubler¹⁾ und Vulpian²⁾ jede Lähmungsform, welche durch die Combination der Lähmung

irgend eines Hirnnerven der einen Seite mit der Extremitätenparalyse der anderen Seite ausgezeichnet ist. Am häufigsten und zugleich für die Diagnostik verwertbarsten ist die schon von Romberg³⁾ und Friedreich⁴⁾ in ihrem diagnostischen Werthe erkannte, aber erst von Gubler scharf gekennzeichnete Form der alternirenden Hemiplegie, bei welcher der Facialis der betheiligte Hirnnerv ist. Dass dieses Symptomenbild aber nicht für eine Affektion der unteren Brückenhälfte durchaus pathognomisch ist, kann keinem Zweifel unterliegen. Selbst wenn man mit Gubler⁵⁾ die Fälle ausschliesst, welche durch eine mehr oder minder zufällige Combination von peripheren und cerebralen Läsionen bedingt sind, selbst wenn man, wie auch Sigerson⁶⁾ hervorhebt, berücksichtigt, dass es der Electrodiagnostik möglich ist, eine centrale von einer peripheren Facialislähmung, wie sie den Ponsaffectionen eigen ist, zu unterscheiden, selbst dann noch bleiben Krankheitsfälle übrig, welche das Bild einer Ponsaffection vorzutäuschen vermögen. Ein Kleinhirntumor kann durch Druck auf den Pons oder die Medulla oblongata und auf die austretenden Nerven zu einer wechselständigen Lähmung führen, wie die von Swan Burnett⁷⁾ und Rosenthal⁸⁾ veröffentlichten Fälle beweisen. In dem letzteren Falle hat allerdings Eulenburg gestützt auf das Vorhandensein von ausgesprochenen Coordinationsstörungen, die richtige Diagnose gestellt, und beide Mal war immerhin die Brücke selbst oder die Med. oblong. zum Theil der Ausgangspunkt der Lähmung. Aber auch ohne jede Betheiligung des Pons kann eine cerebrale Geschwulst, wenn sie sich der Schädelbasis nähert und die peripheren Nervenstämme secundär in Mitleidenschaft zieht, eine alternirende Hemiplegie im Gefolge haben. Ein solcher Fall wurde im Allerheiligenhospital zu Breslau beobachtet, und Herr Prof. Rosenbach gestattete mir seine Veröffentlichung.

Die 58 jährige Nähterin W. stammt aus gesunder Familie; sie will nur die Kinderkrankheiten durchgemacht und an Muskelrheumatismus gelitten haben. Mit zunehmender Korpulenz aber, die seit dem Klimakterium besteht, hat sie über Athemnoth zu klagen. Da sie seit 2 Wochen eine Zunahme der Beschwerden bemerkte, liess sie sich am 24. Novbr. 1888 in das Hospital aufnehmen. Es wurde die Diagnose auf Dilatatio cordis gestellt. Unter der Behandlung besserten sich ihre Beschwerden, so dass sie schon am 5. Dezbr. die Anstalt verlassen konnte. Ende des Monats erkrankte sie jedoch von Neuem; dieses Mal aber bezogen sich ihre Klagen besonders auf allgemeine Körperschwäche, Kopfschmerzen und Schwindelgefühl.

Status vom 30. December 1888: Kräftig gebaute Frau in gutem Ernährungszustand. Panniculus adiposus, namentlich am Bauch sehr stark entwickelt, Temperatur 37,4. Puls ziemlich gespannt, gleichmässig, 64 Schläge in der Minute; Radialarterie etwas geschlängelt und rigide. Athmung ziemlich oberflächlich, vorwiegend abdominal, 24 mal in der Min. Herzspitzenstoss weder sicht- noch fühlbar. Herzdämpfung beginnt an der 3. Rippe, reicht nach rechts etwas über die Mitte des Sternums hinaus, nach links einen Querfinger breit über die linke Mamillarlinie, nach abwärts bis zur 6. Rippe. Bei der Auscul-

tation hört man ein systolisches, schabendes Geräusch, welches am lautesten über der Aorta, ziemlich schwach noch an der Spitze hörbar ist. Die Untersuchung der Lungen ergibt etwas hypersonoren Percussionsschall bei Tiefstand des Zwerchfells: untere Lungengrenze vorn in der Mamillarlinie an der 6. Rippe. Athemgeräusch vesiculär, Expirium etwas verlängert.

Leber ragt in der r. Mamillarlinie 3 Querfinger über den Rippenbogen.

Motilität und Sensibilität ungestört. Sinnesorgane intakt.

Stuhlgang angehalten, Urin dunkelbraunroth, sauer, frei von Eiweiss und Zucker; spec. Gewicht 1020.

31. 12. 1888. Es bildet sich eine Parese der linken Extremitäten aus. Sensorium frei.

1. 1. 1889. Die Lähmung ist stärker ausgeprägt, das Gesicht zeigt keine Veränderung, nur die Lidspalte des linken Auges ist kleiner als die des rechten. Die Sensibilität ist unverändert, die Hautreflexe sind links schwach; die Patellarreflexe beiderseits gleich stark. Es sind keine Sprachstörungen zu bemerken. Die Sinnesorgane normal. Patientin muss viel gähnen. Temp. 36,8.

3. 1. 1889. Das Gesicht zeigt deutliche Schiefheit, der rechte Mundwinkel steht tiefer, die rechte Nasolabialfalte verstrichen. Das rechte Auge kann nicht ganz geschlossen werden. Das Gaumensegel weicht nach rechts ab; die Zunge wird gerade herausgestreckt.

6. 1. 1889. Patientin klagt über Nackenschmerzen und Ohrenstechen. Halswirbelsäule stark S-förmig fixirt, Nackensteifigkeit.

7. 1. 1889. Keine Veränderung, keine Stauungspapille. 4 Blutegel.

14. 1. 1889. Patientin ist somnulent. Das Sensorium ist aber noch so weit erhalten, dass sie auf Anrufen antwortet. Sie lässt unter sich. Nackensteifigkeit geringer. Die Bulbi sind dauernd nach rechts gewendet. Die Ptosis ist links stärker ausgeprägt. Die Pupille ist rechts weiter. Auf der linken Seite des Gesichts hat sich eine Contractur herausgebildet; die linken Extr. befinden sich in geringer Contractur. Beiderseits beginnt sich eine Stauungspapille auszubilden. Am linken Auge mässige Anästhesie. Temp. 36,8.

15. 1. 1889. Sensorium freier. Nachmittag wieder Coma.

16. 1. 1889. Die Stauungspapille ist stark ausgeprägt. Auf beiden Augen besteht Anästhesie der Cornea. Die Deviation der Bulbi hat sich verloren, dagegen besteht ein Strabismus divergens des rechten Auges. Coma sehr tief; Athem schnarchend.

17. 1. 1889. Tod.

Sektionsbefund: Windungen der Convexität hochgradig abgeplattet. Rechter Schläfenlappen im mittleren Theil der Unterseiten der 3. Windung so fest mit der Dura mater und Mitte des Felsenbeinkammes verwachsen, dass beim Versuch, Gehirn und Dura herauszunehmen, Fetzen des Gehirns und der Dura am Felsenbein festhaften. An dieser Stelle

zeigt der Schläfenlappen einen haselnussgrossen Tumor von mässiger Härte, welcher die Dura durchbrochen und das Felsenbein an seinem vorderen Abhang sowie z. Th. am Kamme bis zu $\frac{1}{2}$ Cm. Tiefe in bohrengrosser Ausdehnung zerstört hat, so dass die Höhle des Mittelohrs durch ein griffeldickes Loch nach Herausnahme des Tumors mit der Hirnhöhle communicirt. Nerv. oculom. u. fac. sind nach dem Austritt aus dem Gehirn vollständig zerquetscht und in 1 Cm. Länge nur noch als breiige undeutliche Masse erkennbar. Die rechte Hemisphäre ist bedeutend grösser als die linke, und fast die ganze Ausdehnung des rechten Schläfenlappens besonders an der Convexseite gelblich verfärbt und undeutlich weich fluktuirend. Das Gehirn wird in Frontalschnitte zerlegt:

I. Schnitt durch den Stirnlappen:

Die Hemisphäre vergrössert, sonst nichts verändert.

II. Schnitt dicht vor dem Chiasma N. opt.:

Das Mark des rechten Schläfenlappens bis dicht an die Centralganglien schmierig weich, gelblich verfärbt, in gelbe Herde nekrotisch zerfallen, allenthalben von stark erweiterten, blutreichen Gefässen durchzogen. Die Rinde ist unbetheiligt.

III. Schnitt dicht hinter dem Chiasma:

Im unteren Theil des Markes des rechten Schläfenlappens ein gänseeigrosser Tumor, $6\frac{1}{2}$ Cm. lang, 4 Cm. breit, welcher dicht an die Rinde heranreicht, die grossen Ganglien zur Seite und zusammenpresst und gegen dieselben durch eine derbe, weisse Parthie des Markes mässig scharf abgegrenzt ist. Nach der Seite und oben bleibt noch eine schmale Markschicht des Schläfenlappens, welche gelblich verfärbt und mit zahlreichen, stark blutgefüllten Gefässen durchzogen und stark erweicht ist.

IV. Schnitt durch den Pons:

Der ganze Schläfenlappen und ein haselnussgrosser Theil der linken Occipitalwindung ist bis zur Rinde hin und an der Basis der III. Schläfenwindung auch die Rinde selbst vom Tumor durchsetzt, welcher auch den ganzen Brückenschenkel zum rechten Grosshirn vollständig einnimmt. Der hinterste Theil der Centralganglien wird eben noch in $\frac{1}{2}$ haselnussgrosser Ausdehnung durchsetzt. *Mikroskopisch* erweist sich der Tumor aus Rund- und Spindelzellen in Verfettung und myxom. Entartung begriffen, mit Blutungen durchsetzt, und selbst in den weissen, blassen Parthieen von weiten Gefässnetzen dicht durchsetzt.

Eine ausgeprägte alternirende Hemiplegie als Krankheitssymptom, und doch keine Ponserkrankung! Eine Geschwulst in der einen Grosshirnhemisphäre, und doch eine alternirende Hemiplegie! Konnte man in den Zügen des Krankheitsbildes genügende Anhaltspunkte finden, um von der gewöhnlichen Regel bei der Lokaldiagnose abweichen zu dürfen? Zwei Möglichkeiten sind ja vor allem ins Auge zu fassen, wenn

man aus dem Symptomencomplex der alternirenden Hemiplegie einen Schluss machen will auf den Sitz der Geschwulst: einmal haben Neubildungen, welche die untere Brückenhälfte einnehmen, denselben meist im Gefolge, und zweitens können Tumoren der Basis in der mittleren Schädelgrube von dieser eigenthümlichen Lähmungsform begleitet sein, indem sie einerseits den peripheren Facialisstamm, andererseits den Pons und die Medulla oblongata comprimiren. Eine Differentialdiagnose zwischen diesen beiden Arten von Tumoren zu geben, hat man erst in letzter Zeit versucht. Lebert⁹⁾, Friedreich⁴⁾, Ladame¹⁰⁾ stellen noch die Pongeschwülste und die Geschwülste der Gehirnbasis in der Nähe des Pons ohne Unterschied in eine Gruppe zusammen. Erst Griesinger¹¹⁾ sucht die Basilartumoren von denen des Pons zu unterscheiden, und führt als diagnostisches Merkmal an, dass die elektrische Contraktilität des gelähmten Facialis nur bei den letzteren erhalten sei, während sie im ersten Fall geschwächt oder aufgehoben sein soll. Dem ist aber nicht so. Rosenthal¹²⁾ hat zuerst für die Tumoren der Brücke nachgewiesen, dass die faradische Erregbarkeit der Gesichtsmuskeln und der Facialisäste verloren geht, während gleichzeitig die galvanomuskuläre Contractilität erhöht ist und die galvanische Erregbarkeit des Nerven fehlt oder wenigstens vermindert ist. Zahlreiche Beobachtungen haben es bisher bestätigt, dass die durch Ponskrankungen hervorgerufene Facialislähmung den Charakter einer peripheren Paralyse hat: bald fand man jene von Erb und Bernhardt beschriebene Mittelform, bald jene schwere Form der Lähmung, bei welcher der Verlust der farad. Erregbarkeit ein vollkommener ist. Es möge genügen, nur auf die Krankheitsfälle aufmerksam zu machen, welche Wernicke¹³⁾, Eisenlohr¹⁴⁾, Meyer¹⁵⁾, Senator¹⁶⁾, Petrina¹⁷⁾, Duchek¹⁸⁾, Leyden¹⁹⁾, Bleuler²⁰⁾, Tassi²¹⁾, Dreschfeld²²⁾, Nothnagel²³⁾, Bernhardt²⁴⁾ beobachtet haben. Nur Banham²⁵⁾ will bei einem Gliom des Pons trotz totaler Lähmung des Facialis eine normale elektrische Reaktion gefunden haben. Ein kurzer Hinweis auf die anatomischen Verhältnisse der Brücke reicht aus, um die paradox klingende Thatsache, dass die Läsion eines zum Cerebrum gehörigen Theiles eine periphere Lähmung zur Folge hat, zu erklären. Man kann mit kurzen Worten sagen: die Brücke ist für den Facialis, was das Rückenmark für die Extremitätennerven ist. In ihr liegt sein Kern, sein trophisches Centrum, und noch eine Strecke weit verlaufen in ihr die von dem Kern ausgehenden peripheren Fasern. Genaue anatomische Untersuchungen haben auch dementsprechend ergeben, dass bei Tumoren des Pons bald nur der Kern degenerirt, bald auch die Nervenfasern zerstört waren. Es würde zu weit führen, hier die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung in den einzelnen Fällen besonders mitzuthellen; es möge wiederum genügen, nur die Autoren namhaft zu machen, welchen wir dieselbe zu verdanken haben: Wernicke, Senator, Bleuler, Huguenin²⁶⁾, Eisenlohr, Broadbent²⁷⁾ sind es.

Auch das zweite Merkmal der peripheren Facialislähmung kommt der durch Pontumoren bewirkten Paralyse zu; auch sie ist eine totale

im Gegensatz zu der auf den Mundast beschränkt bleibenden centralen Lähmung. Aus alledem folgt, dass uns die Facialislähmung als solche keine Anhaltspunkte für die Differentialdiagnostik zwischen Pons- und Basistumoren giebt. Andere Gesichtspunkte sind es, auf welche Bernhardt²⁸⁾ und Nothnagel²⁹⁾ hinweisen: bei Tumoren der Basis fehlen nach dem ersten Autor „meist die contralaterale Hemiplegie und jedenfalls die Störungen der Sensibilität an den gelähmten Extremitäten, wie sie gerade bei Ponsaffectionen des öfteren zur Beobachtung kommen“, und in „dem raschen und plötzlichen Auftreten bestimmter Formen der wechselständigen Lähmung“ sieht der zweite Autor „ein fast sicheres Zeichen für intrapontine Erkrankung“. Wichtig ist auch die Betheiligung der Sinnesorgane: die Funktionsstörung mehrerer Sinne zugleich macht einen Basaltumor wahrscheinlicher. Die feine Unterscheidung zwischen einer Pons- und einer Basisgeschwulst ruht danach auf schwankendem Fundament, und nur unter besonders günstigen Verhältnissen ist sie möglich.

In dem geschilderten Krankheitsfalle konnte nicht die Rede davon sein; man hatte vielmehr nur zu prüfen, ob auch die übrigen Symptome sich mit der Annahme einer im Pons selbst oder in seiner Nähe localisirten Geschwulst vereinbaren liessen und ob sich ferner die für eine primäre oder secundäre Ponsaffection typischen Erscheinungen fanden. Die elektrische Reaktion des Facialis und der von ihm versorgten Muskeln ist zwar nicht geprüft worden, aber der Umstand, dass die Lähmung den ganzen Nerven betraf, konnte mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit für ihren peripheren Charakter sprechen, und dieser kommt ja auch der Ponslähmung zu.

Wie steht es ferner mit der linksseitigen Ptosis? Wenn man die einzelnen Fälle durchsieht, so ergibt sich, dass die Ptosis nur höchst selten im Gefolge eines Pons tumors beobachtet wurde. Petrina, Duchek, Wernicke, M'Aldowicz³⁰⁾ erwähnen dieselben in ihren Fällen, und zwar fand sie sich auf der Seite des gelähmten Facialis, also auf der Seite des Herdes. Nur Gubler berichtet in dem von Goupil beobachteten Falle von einer Ptosis, die das den gelähmten Extremitäten entsprechende Augenlid betraf: die Neubildung hatte sich bis in den Hirnschenkel erstreckt und hatte den einen Oculomotorius comprimirt. So selten also auch dieses Symptom, gleichgültig ob es auf der Seite des Herdes auftritt oder nicht, bei Pons erkrankung sein mag, man kann es jedenfalls nicht gegen eine solche ins Feld führen.

Auch die rechtsseitige partielle Oculomotoriuslähmung kann nicht direkt gegen einen Pons tumor sprechen. Allerdings ist diese Paralyse viel seltener als die des Abducens. Da Venezia³¹⁾ findet unter 26 Fällen nur 1 Strabismus divergens, Larcher³²⁾ hält auch diese Lähmungsform für sehr selten und erklärt sie durch eine Verbreitung der Läsion auf den Grosshirnschenkel, Lada me erhält bei seiner Zusammenstellung dasselbe Resultat wie der ersterwähnte Autor; Nothnagel endlich weist auf das ganz vereinzelt Vorkommen dieser Lähmung hin und leitet sie auch von einer Betheiligung der Pedunculi

cerebri ab. Man konnte danach die bestehende Oculomotoriuslähmung, die sich übrigens erst wenige Tage vor dem Tode zu erkennen gab, mit einem Pons tumor noch in Einklang bringen, wenn man eine Ausdehnung desselben bis zur Austrittsstelle des rechten Oculomotorius an dem Pedunculus annahm.

Was das letzte Symptom, die conjugirte Augenabweichung nach rechts, anlangt, so konnte man dieselbe auf einen Herd in der rechten Brückenhälfte beziehen, wenn man die Contractur der Extremitäten für das Resultat einer Reizung der Pyramidenfasern ansah und sich der von Landouzy³³⁾ und Grasset³⁴⁾ gegebenen Ergänzung der Prévost'schen Regel erinnerte. Reizende Läsionen des Grosshirns oder des Hirnstammes sollen ja nach ihnen gerade die entgegengesetzte Deviation bewirken, wie lähmende. Es hätten sich danach der Musc. rect. ext. des rechten Auges und der M. int. des linken im Zustande der Contractur befinden müssen. Die Patientin war schon somnolent, als dieses Symptom zur Erscheinung kam, und es war nicht mehr möglich, zu untersuchen, wieweit die Beweglichkeit der Augen beeinträchtigt war. Wenn indes schon nach 2 Tagen die Deviation verschwand, um einem Strabismus divergens des rechten Auges Platz zu machen, und wenn zugleich die rechte Pupille weiter wurde als die linke, so musste man nunmehr eine partielle Lähmung des Oculomotorius annehmen, unabhängig von der Ursache der Augenabweichung.

So liessen sich die einzelnen Züge, welche das Gesamtbild der Krankheit darbot, mit der Annahme eines Pontumors vereinbaren, und nur der Mangel der für Ponsaffektionen charakteristischen dysarthrischen Störungen und das Fehlen der so häufigen Sensibilitätsstörungen mussten auffallen. Die Seltenheit der Betheiligung des Oculomotorius im Verein mit diesen negativen Factoren konnte die Diagnose vielleicht in ihrer Sicherheit beeinträchtigen; aber bei der so häufigen Abhängigkeit der alternirenden Hemiplegie von einer Ponserkrankung und bei dem Mangel positiver Anzeichen für einen anderen Sitz der Geschwulst musste der einen Grosshirntumor ergebende Sektionsbefund überraschen.

Literatur.

- 1) Gubler, De l'hémiplégie alterne envisagée comme signe de lésion de la protubérance annulaire. Gazette hebdom. 1856.
- 2) Vulpian, Leçons sur la Physiologie du Système nerveux. 1866.
- 3) Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. 1840. Bd. I.
- 4) Friedreich, Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten in der Schädelhöhle. 1853.
- 5) Gubler, Mémoire sur les paralysies alternes en général et particulièrement sur l'hémiplégie alterne avec lésion de la protubérance annulaire.
- 6) Sigerson, On alternate Paralysis. Dublin. Journal of Medical Sciences. 1878.
- 7) Swan M. Burnett, Archiv f. Augen- und Ohrenheilk. v. Knapp, Moor und Mauthner. 1878.

- 8) Rosenthal, Erlenmeyer's Centralb. für Nervenheilk. 1879.
- 9) Lebert, Ueber Krebs und die mit Krebs verwechselten Geschwülste im Gehirn und seinen Hüllen. Archiv f. Path. und Physiol. B. III. 1851.
- 10) Ladame, Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste.
- 11) Griesinger, Diagnostische Bemerkungen über Hirnkrankheiten. Archiv der Heilkunde. 1860.
- 12) Rosenthal, Anzeiger der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. 1873.
- 13) Wernicke, Archiv f. Psychiatrie VII.
- 14) Eisenlohr, Archiv f. Psych. X.
- 15) Meyer, Archiv f. Psych. XII.
- 16) Senator, Archiv f. Psych. XIV.
- 17) Petrina, Prager Vierteljahresschr. f. pract. Heilk. 1877.
- 18) Duchek, Wiener med. Jahresberichte 1864.
- 19) Leyden, Klinik der Rückenmarkskrankh. II.
- 20) Bleuler, Deutsch. Archiv f. klin. Medicin. 1885.
- 21) Tassi, Rivista sperim. di Freniatr. XII.
- 22) Dreschfeld, Med. Times 1878.
- 23) Nothnagel, Wiener med. Blätter Nro. 3.
- 24) Bernhardt, Berl. klin. Wochenschr. 1881.
- 25) Banham, The Lancet 1884.
- 26) Huguenin, Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte 1872.
- 27) Broadbent, Brit. med. Journal 1871.
- 28) Bernhardt, Symptomatologie u. Diagnostik der Hirngeschwülste.
- 29) Nothnagel, Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten.
- 30) M'Aldowic, Brain III. 1882.
- 31) Da Venezia, Sintomatologia dei tumori della protuberanza annulare. Gaz. med. Lomb. 1866.
- 32) Larcher, Essai sur la pathologie de la protubérance annulaire. Thèse. Paris 1887.
- 33) Landouzy, De la déviation des yeux etc. Bull. de la soc. anat. 1879.
34. Grasset, De la déviation conjuguée de la tête et des yeux 1879.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 19. Juni 1889.

355) Jastrowitz: *Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit.*

Sieht man die Schlaflosigkeit als eine essentielle Krankheit an, so gruppiren sich die Behandlungsmethoden ebenso wie bei anderen Leiden d. h. nach den Indicationes morbi, causales und symptomaticae. Der Indicatio morbi ist nicht vollkommen zu entsprechen, da eben das Wesen des Schlafes und der Schlaflosigkeit noch nicht völlig er-

gründet ist. Votr. bespricht alsdann die dynamische, mechanische und chemische Theorie des Schlafes, nach deren jeweiliger Annahme auch die Behandlung der Agrypnie verschieden ausfallen muss. Im allgemeinen findet die Hypothese, dass während des Schlafes Anämie des Gehirns besteht, am meisten Beifall, obwohl es sich freilich bisher nicht erweisen lässt, ob die Hirnblutleere die Ursache oder ein Produkt oder eine Complication des Schlafes darstellt. Jedenfalls sind die Massnahmen, welche eine Hyperämie der peripherischen Körperregionen bedingen, wie warme Bäder, feuchte Einreibungen u. s. w. günstig für die Herbeiführung des Schlafes. Hierbei erwähnt Votr. das interessante, von Fürbringer beobachtete Faktum, dass bei Kindern, die vor und während des Schlafes gemessen wurden, die Rektaltemperatur im Schläfe sinkt, während die Temperatur in dem Ohre um 0,6—0,8 Grad steigt.

Was die Indicatio causalis betrifft, so müssen die Ursachen beseitigt werden, die das Gehirn direkt treffen und so Insomnie bedingen. Bilden hier die Gehirnerkrankungen, die Paralyse, Geistes- und Gemüthskrankheiten ein wenig günstiges Feld, so kann man mehr bei der durch Ueberanstrengung des Geistes und durch Affekte bedingten Agrypnie erreichen. In letzterem Falle ist das Vermischen der Gemüthsbewegungen durch neue Eindrücke, Reisen u. s. w. rathsam, eventuell Gebrauch von Bromkali und Paraldehyd zu empfehlen, in ersterem muss auf Monate, ja Jahre die geistaufreibende Thätigkeit eingestellt werden. Der Aufenthalt in der bequemen Häuslichkeit Wair Mitchell'sche Kur, Phenacetin sind wirksam. Morphin darf nur mit grosser Vorsicht gereicht werden, da es erhöhte Energie vortäuscht und gerade hierbei leicht Morphiophagie schafft. Kaltwasserkuren in den Mittelgebirgen Deutschlands, später Aufenthalt an der See können gute Dienste leisten.

Die indirekte Insomnie, welcher Fehler in dem hygienischen Verhalten zu Grunde liegen, weicht den diesbezüglichen Korrekturen. Bei febriler Agrypnie ist ein Antipyreticum gewöhnlich das beste Hypnagogum. Bei Circulationsstörungen haben Chinin und Bromkali wegen ihrer gefässerregenden Wirkung gute Erfolge z. B. bei den Gehirngestationen in der Menopause. Bei den nach acuten Krankheiten auftretenden Delirien sah Votr. günstige Erfolge von dem Chinin.

Wo chronische Affektionen Agrypnie bedingen wie Syphilis, Diabetes, Nephritis, da lassen sich die causalen Verhältnisse nicht immer beherrschen und da muss symptomatische Behandlung der Agrypnie Platz greifen, weil durch die Schlaflosigkeit an sich die Kräfte absorbiert werden. Bei acuter Insomnie ist die prompte Wirkung und die Gefahrllosigkeit der Hypnotica erwünscht, bei chronischer muss man vergewissert sein, dass sie nicht delatär wirken, nicht ätzen, keine Congestionen nach den inneren Organen bewirken und bei fortgesetztem Gebrauch die Herzkraft nicht schwächen, auch nicht das Krankheitsbild verwischen (Psychosen).

(Schluss folgt.)

II. Verein für innere Medicin.

Von Dr. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 24. Juni 1889.

356) Leo: *Ueber Bulimie.*

Vortr. definirt Bulimie als krankhafte Steigerung des Hungergefühls, welche durch abnorme Erregbarkeit des Hungercentrums entsteht. Nichtbefriedigung der Esssucht lässt Flauheit, Benommenheit des Kopfes, allgemeine Schwäche, Tremor, Ohrensausen, Magendruck- und Schmerz auftreten. L. beobachtete die Bulimie bei Morbus Basedowii, wobei sie unter dem Einfluss psychischer Erregung erzeugt wurde, bei Ulcus ventriculi, bei Hyperacidität des Magens, bei Cardialgie, bei gesteigerter motorischer Thätigkeit des Magens, bei chronischem Magencatarrh, bei Diarrhoe und profuser Menses, wo sie periodisch mit dem Unwohlsein auftrat. In allen diesen Fällen bestand eine allgemeine Steigerung der nervösen Erregbarkeit, welche nicht nur zur Erklärung des Vorhandenseins der Bulimie verantwortlich gemacht werden muss, sondern auch bei Behandlung des Heisshungers neben der lokalen Therapie berücksichtigt werden soll. Narcotica, Bromkali und zweckmässige Weir-Mitchell'sche Kur leisten in jener Beziehung gute Dienste.

III. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Von Dr. M. Dreikurs in Wien.

Sitzung vom 5. Mai 1889.

357) Prof. Meynert: *Optische Centren in den Vierhügeln.*

Die optischen subcorticalen Centren sind in directer Weise wahrnehmbar, dass nämlich der grösste Theil der Fasern des Tractus opticus anschwillt zum Corpus geniculatum externum. Aber schon ein einfacher Anblick des Tractus opticus zeigt uns, dass er zusammengesetzt ist aus einer äussern Partie seiner bandartigen Entwicklung und aus einer inneren. Nur die äussere Partie sehen wir anschwellen zum Corpus geniculatum externum, die innere Partie sehen wir verschwinden, zugedeckt durch eine spindelförmige Erhabenheit, das Corpus geniculatum internum, von diesem aber vollständig getrennt. Der Thalamus opticus hängt in breiter und mächtiger Weise zusammen mit dem Tractus opticus, und was wir sicher über die ganze innere Abtheilung des Tractus sagen können, ist, dass ein grosser Theil dieser Partie dort endigt. Es ist nun aber der Opticus auch in Verbindung mit dem Vierhügel. Diese Verbindung ist aber eine nur mittelbare, indem ein Theil der Bündel, welche der Tractus opticus in den äusseren Kniehöcker sendet, sich zum oberen Zweihügel fortsetzt. Während die Fasern des oberen Zweihügels, die Schleifenschichte, querverlaufen, nehmen die Bündel des Opticus, die Vierhügelbündel kreuzend eine longitudinale Richtung, durchsetzen dann, in zahllose feinste Bündel aufgelöst, die Schleifenschichte und treten in das Grau des Aquäduktus Sylvii ein. Darin sind eingebettet die Ursprungskerne der Augenmus-

kelnerven und es tritt somit die Retina in Verbindung mit den motorischen Centren der Augenmuskeln, während das Höhlengrau der vorderen Vierhügel ein Reflexcentrum für letztere darstellt.

Der Vortragende bespricht hierauf die experimentellen und pathologisch-anatomischen Untersuchungen über optische Centren und Bahnen die Monakow im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten veröffentlicht. Die von demselben gewonnenen Resultate lassen sich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Wenn der Bulbus opt. eines jungen Thieres exstirpiert wird, so atrophirt der Nervus und der Tractus opticus, die Ganglienzellen der vorderen Zweihügel, das Corpus geniculatum externum und das Pulvinar.

2. Wenn die Sehsphären der Gehirnrinde exstirpiert werden, dann betrifft die Atrophie die Associationsfasern, die meisten Ganglienzellen des Corpus geniculatum externum und des Pulvinar, den Tractus opticus und bei jungen Thieren auch den Nervus opticus.

3. Wenn man den Tractus opticus durchschneidet, so atrophirt der äussere Kniehöcker, das Pulvinar, ja sogar das Rindencentrum.

4. Wenn man die Markstrahlen durchschneidet nahe dem hinteren Theile der inneren Kapsel, so atrophirt nach der einen Seite das Opticuscentrum im Hinterhauptslappen, nach der anderen Seite der Tractus, ja selbst die Retina.

Es besteht also sowohl aufsteigende als auch absteigende Atrophie und es hängt die Ernährung dieser centralen Theile sowohl von corticalen Organen ab als auch von peripheren Theilen. Von den Ganglienzellen atrophiren nicht alle nach Durchschneidung der Nervenfasern. Es beruht dies darauf, dass ein Theil der Ganglienzellen Achsencylinder entsendet, aus denen dann markhaltige Fasern werden, während ein anderer Theil von Zellen in ein interstitielles Netzwerk eingeht. Zu den Zellen, welche direkt Fortsätze abgeben, gehören die grösseren Zellen der Rinde, die Pyramydalkörper, Retina und gewisse grosse Zellen im äussern Kniehöcker und im Pulvinar, welche man als die trophischen Ursprungszellen auffasst.

Durchschneidet man den oberen Zweihügel, dann entfallen die feineren Fasern aus dem Nervus opticus. Es nimmt also eine bestimmte Form von Fasern dort seinen Ursprung oder hat dort seine Ernährung. Es ist behauptet worden, dass der Vierhügel mit dem Sehen nicht zusammenhängt. Wenn eine Bewegungsinervation durch Sensationen ausgelöst wird, so ist das Bewegungsgefühl das uns auffallendere. Wenn nun von bestimmten Bahnen, die vom Opticus zu den Vierhügeln sich fortsetzen, reflectorisch eine Bewegung ausgelöst wird, so könnte es sein, dass die auslösende Empfindung nicht in unser Bewusstsein tritt. M. glaubt, dass kein corticaler Vorgang sich primär entwickelt und dass sie alle ihre primäre Vorbilder in subcortical vor sich gehenden Vorgängen haben.

Sitzung vom 31. Mai 1889.

378) Ludwig Frey: Ueber die praktische Bedeutung der Hypnose.

Frey berichtet über die Erfahrungen, die er nach dreijährigen Versuchen mit der Hypnose gemacht hat. Er präcisirt seinen Standpunkt zunächst dahin, dass er die Hypnose als eine glänzende Bereicherung unserer Therapie betrachtet. Indem er sich auf den Standpunkt der Schule von Nancy stellt, sieht er die von Liébeault begründete und die von Bernheim und Beaumais weiter ausgebildete Methode als die einzig richtige an, um zur Erkenntniss der Phänomene zu gelangen, welche die Hypnose bietet. Er betrachtet daher auch die Suggestion als die Hauptsache der ganzen Hypnose. Während es ihm nie gelungen ist, auf direktem Wege die von Charcot beschriebenen drei Stadien zu erzielen, konnte er dieselben öfters auf suggestivem Wege hervorrufen. Er tritt auch der Annahme Charcot's entgegen, dass nur hysterische Personen für Hypnose empfänglich wären. Von schlechten Einwirkungen der Hypnose konnte er nichts beobachten. Es kommt auch bei der Hypnose vor, dass Individuen dieselben nicht vertragen können, eine Art von Indiosynkrasie dagegen zeigen. Aber das kommt auch bei vielen Medicamenten vor. Man hat schon tüble Erfolge von der Chloroformnarkose, vom Cocain gesehen, aber man schiebt deswegen das Chloroform oder das Cocain nicht bei Seite. Die intellectuellen Fähigkeiten werden durch die Hypnose durchaus nicht beeinträchtigt, wie Charcot behauptet. Liegois will die Hypnose sogar als ein Mittel zur Erziehung der Kinder betrachten: Orthopädie moral. Auch die Behauptung, dass die Suggestion insofern schädlich wirke, als die hypnotisirten Individuen von jedem in die Sache Eingeweihten missbraucht werden können, ist durchaus nicht stichhaltig; denn man braucht den Kranken nur zu suggeriren, sich nur vom Arzt hypnotisiren zu lassen. Auch die nach der Hypnose auftretenden Erscheinungen von Ermüdung können vermieden werden, wenn man den Individuen suggerirt, sich nach dem Erwachen wohl zu fühlen. Zum Schluss berichtet der Vortragende noch über eine Reihe von Fällen, die er, und zwar sämmtliche mit gutem Erfolge behandelt hatte und fordert in Consequenz seiner und anderer Beobachtungen die Aerzte auf, der Hypnose nicht so skeptisch entgegen zu treten.

Assistent Dr. Anton glaubt, dass man weniger der Skepsis, als vielmehr dem Enthusiasmus entgentreten müsse. Zunächst muss man den Versuchen selbst skeptisch entgentreten, weil sie fast durchwegs nur auf subjectiven Symptomen beruhen. Auch gegen die Anwendung der Hypnose muss man sich aussprechen, weil bei ihr nicht der Intelligenter, sondern der Energischere die Macht über den minder Energischeren haben würde. Die richtige Grenze für die Einflussnahme des Arztes auf die Psyche des Kranken bildet die Wirkung der eigenen Persönlichkeit und des Zuspruchs des Arztes. Im allgemeinen sind die vorgebrachten Beispiele, wie alle derartigen Beispiele überhaupt, durchaus nicht beweisend, da man gewiss ebenso viele Kranken-

geschichten vorbringen könnte, die die wunderthätige Wirkung des Wassers von Lourdes oder anderer Wunderorte darlegen würden.

Anf Antrag des Prof. Obersteiner wird in der nächsten Sitzung die Diskussion über den Vortrag des Dr. Frey fortgesetzt werden.

III. Referate und Kritiken.

359) Weir and Seguin (New-York): Contribution to the diagnosis and surgical treatment of tumours of the cerebrum. (Beitrag zur Diagnose und chirurgischen Behandlung der Cerebraltumoren.)

(The American Journal of the Medical Sciences, Jul. Aug. and Sept. 1888.)

Verff. berichten ausführlich über einen Fall von Hirntumor und dessen chirurgische Behandlung. — Pat., 39 Jahre alt, nicht spezifisch infectirt, war bis zum Herbst 1882 gesund gewesen. Damals litt er an Malaria, im Verlauf dieser Krankheit stellten sich Kopfschmerzen und Krämpfe in der rechten Wange und Nacken ohne Verlust des Bewusstseins ein. Seit dem Jahre 1885 bestanden wirkliche epileptische Anfälle. Im August 1887 wurde Pat. zuerst von S. beobachtet. Die Sprache, welche seit 2 Jahren schon langsam war, war zur Zeit sehr beschränkt. Am rechten Arm bestand eine mit dem Dynamometer messbare Schwäche. Subjectiv war Gefühl der Taubheit in demselben. Die Zunge wich wenig nach rechts hin ab. Im rechten Facialisgebiet war deutliche Parese vorhanden. Der Patellarreflex war rechts stärker als links. Die klinische Diagnose wurde auf rechtsseitige Jackson'sche Epilepsie mit Paresen im Gebiet des Facialis und Plexus brachialis gestellt, verursacht durch einen Tumor der linken motorischen Zone im Facialiscentrum. Der Zustand des Pat. verschlimmerte sich. Die Sprache wurde schlechter. Das Taubheitsgefühl im rechten Arm machte sich unangenehmer geltend. Die epileptischen Anfälle nahmen an Häufigkeit zu. Schliesslich stellten sich auch stärkere und länger anhaltende Schmerzen in der linken Parietalgegend ein. Auch die Parese im Facialisgebiet wurde ausgesprochener; es gesellte sich dazu noch Speichelfluss. Empfindlichkeit bei Percussion, sowie bestimmter lokaler Schmerz wiesen auf eine genau zu bezeichnende Stelle 8–10 cm über dem linken Meatus auditorius externus hin. — Am 17. Nov. desselben Jahres wurde von W. die Operation zur Wegnahme der diagnosticirten Geschwulst ausgeführt. Unter aseptischen Cautelen wurde der Tumor entfernt, welcher sich $\frac{3}{4}$ Zoll tief unter dem hinteren Rand der zweiten Frontalwindung und dem vorderen Rand der Praecentralwindung innerhalb der weissen Substanz befand. Mehrere Zeichnungen illustriren die Lage der Geschwulst, welche sich unter dem Mikroskope als sarkomatöses Gewebe erwies.

Die Wundheilung verlief im ganzen normal. 21 Tage nach der Operation folgender Status: Pat. lag im Bett, war geistig klar und der allgemeine Gesundheitszustand ein guter zu nennen. Krämpfe waren

noch nicht wieder aufgetreten. Am rechten Facialisgebiet noch deutliche Parese. Die Zunge wich sehr wenig nach rechts ab. In dem rechten Arm kein Tremor. Das Dynamometer ergab rechts kleinere Werthe als links. Die Sensibilität rechts herabgesetzt; auch noch Taubheitsgefühl im rechten Arm. Die Sprache war anstossend.

Die Zunahme der Aphasie und Agraphie, welche im April 1888 constatirt wurde, lassen S. befürchten, dass das Sarcom noch mehr cerebrales Gewebe befallen hat. Indess besserte sich der Gesamtzustand des Pat. trotz Wiederauftretens der epileptischen Anfälle so weit, dass er im Stande war, eine Reise nach Europa anzutreten. Auch die Sprache hatte sich wieder gebessert.

An diesen Spezialfall schliesst S. Bemerkungen in Betreff der genauen Diagnosenstellung. Wichtig ist vor allem eine richtige Angabe über die Lage eines Hirntumors. Dazu ist es nothwendig, die Centren in der Hirnrinde genau zu kennen. Im Anschluss an eine Uebersicht über das darüber Bekannte giebt S. kurz die Symptomatologie der Geschwülste in den verschiedenen Regionen. Was die Krämpfe betrifft, so sind dieselben gewöhnlich zunächst auf kleinere motorische Gebiete beschränkt. Zwecks genauer Diagnosenstellung ist gerade auf die Beschreibung dieser Anfangssymptome besonderer Werth zu legen. Schwieriger ist die Frage zu entscheiden, ob es sich um einen corticalen oder subcorticalen Tumor handelt. Was die Geschwülste in der motorischen Zone betrifft, so wäre zur Stellung der Differentialdiagnose zu beachten die Art des Eintretens der Krämpfe, das Auftreten von Kopfschmerz und die Höhe der lokalen Temperatur, ohne dass eines dieser Symptome für die Diagnose schliesslich vollkommen entscheidend wäre.

Ferner ist festzustellen, ob es sich um einen einzelnen oder um multiple Tumoren handelt. Während das Vorhandensein mehrerer Geschwülste in einem Centrum kaum Symptome machen wird, ist es verhältnissmässig leicht, die Multiplicität zu constatiren, sind dieselben auf verschiedene Centren vertheilt. Zwecks Vermeidung nutzloser chirurgischer Eingriffe wäre es natürlich sehr wichtig, auch vorher über die Natur der Geschwülste etwas zu wissen. Falls sich darüber aus dem Allgemeinbefund nichts ableiten lässt, wird sich vorher auch kaum etwas Bestimmtes sagen lassen.

W. giebt alsdann eine Geschichte über die Chirurgie der Hirntumoren und endlich eine Besprechung der Operationsmethode.

Ascher.

360) P. Puech (Montpellier): Apoplexie progressive et hémorrhagie ventriculaire. (Progressive Apoplexie mit Bluterguss in den Ventrikel.) (Le Progrès médical 1889. 17.)

Broadbent hat 1876 5 Krankheitsfälle, die in ihrem klinischen Verlauf einerseits und in ihrem Sectionsbefunde andererseits eine eigenthümliche Uebereinstimmung aufwiesen, unter obiger Bezeichnung veröffentlicht. Die allen gemeinsamen Krankheitserscheinungen begannen mit heftigem Kopfschmerz, Ohnmacht, Erbrechen und nachfolgendem

sich allmählig vertiefendem Coma. Das Bewusstsein war anfangs erhalten, die Entwicklung der einzelnen Symptome war eine allmählige, der tödtliche Ausgang trat verhältnissmässig schnell ein. Die Ursache war in sämmtlichen Fällen ein beträchtlicher Bluterguss, der constant seinen Sitz an der äusseren Seite des Corpus striatum extraventriculär zwischen dem Ganglion und der äusseren Kapsel hatte.

Nachdem Verf. die Fälle Broadbents kurz characterisirt, fügt er diesen folgende eigene Beobachtung bei: Eine 44jährige Näherin, dem Trunke ergeben, erblich nicht belastet, als Kind kränklich, seit dem 14. Jahre regelmässig menstruiert, die zweimal ein todttes Kind geboren hatte, das jedesmal mit der Zange extrahirt werden musste, hat in den letzten 5 Jahren zweimal leichte Schlaganfälle gehabt, deren erster ohne besondere Störung vorüberging und deren zweiter (vor 1 Jahre) eine leichte linksseitige Parese zurückliess; sie zieht seitdem das linke Bein etwas nach. Im letzten Jahre traten häufige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit auf; im März 1887 bekam sie eines Morgens plötzlich eine Ohnmacht, fiel um, konnte sich nicht erheben. Die Untersuchung ergab: Linksseitige Hemiplegie mit Hemianästhesie, leichte Ptosis links. Intelligenz erhalten, Klagen über heftige Kopfschmerzen, Erbrechen, leicht beschleunigter Puls, subnormale Temperatur. Unter allmähligem Zunehmen der im Anfange geringen Benommenheit, Steigerung der Temperatur, frequenter Respiration, schnellem Pulse erfolgte in der nächsten Nacht der Tod im tiefem Coma.

Bei der Section fanden sich ausser Fettherz allgemeine Arteriosclerose namentlich der basalen Hirngefässe; die linke Hemisphäre des Gehirns bot nichts besonderes ausser einem kleinen dunklen Blutgerinnsel im Seitenventrikel. Rechts dagegen zwischen der Substantia innominata und den Ganglien fand sich ein grosser Bluterguss, der die Vormauer, die äussere Kapsel, den grössten Teil der inneren Kapsel und eine grosse Partie des extraventriculären Kerns des Corpus striatum zerstört hatte. In der innern und oberen Parthie des Herdes war das Gewebe des Thalamus opticus in mässiger Dicke zerrissen. Zwischen Thalamus opticus und Schwanzkern war der Bluterguss in den rechten Seitenventrikel eingedrungen, den er ganz anfüllte, im 3. und 4. Ventrikel fanden sich nur geringe Mengen Blut.

Holtermann.

361 **John Rissler** (Stockholm): Zur Kenntniss der Veränderungen des Nervensystems bei Poliomyelitis anterior acuta.

(Nordiskt Medicinskt Arkiv XX. 4.)

R. hat 5 genau beobachtete Fälle für seine mikroskopischen Untersuchungen benutzt; in drei Fällen trat der Tod während der ersten Krankheitswoche ein, in den beiden übrigen Fällen dauerte die Krankheit 7 Wochen, resp. 11 Jahre. Ausführliche Krankengeschichten belegen die Richtigkeit der Diagnose. In allen Fällen war das Rückenmark Sitz einer Entzündung, die sich ziemlich scharf auf die Vorderhörner einschränkte; unter ihrem Einfluss zeigte sich die Entwicklung

characteristischer Veränderungen der Ganglienzellen; bald waren diese mit trübem und grobkörnigem Protoplasma versehen, bald auffallend hell und chromophob, daneben fanden sich geblähte oder auch atrophische, sehr vacuolenreiche Zellen. In der Mehrzahl der Fälle waren jedoch die Zellen in runde, structurlose, mehr oder weniger leicht färbbare Körper verwandelt; an diese Zerstörung der Ganglienzellen scheinen, nach einzelnen mikroskopischen Bildern zu urtheilen, in die pericellulären Lymphräume eingewanderte Leucocythen erheblichen Antheil zu haben.

Das Nervenfasernetz der Vorderhörner zeigt sich in sehr verschiedenem Grade in die Zerstörung hineingezogen. Die an einzelnen Stellen sehr auffallende Betheiligung der Gefässe aus der Neuroglia, als Hyperämie, Exsudation, Kernvermehrung und gelegentlichen seltenen Hämorrhagieen, wechselte in den einzelnen Fällen, und in verschiedenen Regionen, ohne mit dem Grade der Zerstörung nervöser Elemente übereinzustimmen; stellenweise zeigten auch die Seitenstränge Zerstörungen von Nervenfasern; R. sieht darin ein Zeichen des Untergangs von „Associations-Fasern“ der Zellen verschiedenen Niveaus. Die vorderen Wurzeln enthielten eine variable Menge degenerirter Fasern. Bezüglich der Ausdehnung des Processes ist das Ergriffensein motorischer Kerne der Medulla oblongata in 2 der Fälle bemerkenswerth.

Nirgends fanden sich Bacterien.

B. betrachtet nun als primären Process die Degeneration der Ganglienzellen, und zwar wegen der charakteristischen Localisation des Processes, und wegen der quantitativen Incongruenz zwischen den Veränderungen in Nerven-, und denen im Stützgewebe. Neuroglia und Gefässe erkranken erst secundär, können aber ihrerseits (Leucocythen-Invasion der Zellen) andere nervöse Elemente zur Degeneration bringen.

Kurella.

362) **Henschen**: Till läran om afasi. (Zur Lehre von der Aphasie.)
(Upsala läkareför förhandl. XXI.)

1. Fall von amnestischer Aphasie und Agraphie und von Aphonie im Anfang. Erweichung eines Theils der 2. und 3. Central- und des angrenzenden Theils der vorderen Centralwindung links.

62 jährige Frau mit Aortenstenose, fühlte plötzlich bei der Arbeit eine Erschütterung des Rumpfs, darauf sofort vollkommener Verlust der Sprache, bei ganz klarem Bewusstsein. Konnte am Tage darauf ja und nein sagen, war 4 Tage darauf psychisch ganz klar, verstand jedes gesprochene Wort, konnte alles vorgesagte nachsprechen, findet aber spontan absolut kein Wort, braucht unrichtige Worte, liest mehrere Worte fehlerfrei, weiss aber nicht, was sie gesehen hat und zeigt beim Schreiben Amnesie. Nach 11 Tagen waren diese Symptome ganz verschwunden.

2. Wortblindheit, anfangs amnestische¹ und ataktische Aphasie. Erweichung im Gyrus angularis.

Alkoholist mit Herzdegeneration und Magencatarrh. August 1887 apoplekt. Anfall, Sprachverlust und Hemiplegie r. Sieht die Buch-

staben, kann aus ihnen keine Worte bilden, kann zahlreiche Objecte nicht benennen, versteht, was man ihm sagt, kann weder lesen noch schreiben. Tod im August; die Erweichung setzt sich nach vorn und unten in die F. Sylvii fort.

3. Wortblindheit, amnestische Aphasie, partielle Worttaubheit. Erweichung der oberen Enden der ersten und zweiten Schläfenwindung und des Gyrus angularis links.

Apoplectif. Anfall bei einer 57jährigen Frau mit Mitral-Stenose, nachfolgendes Unvermögen zu lesen und zu sprechen, keine Lähmung. Giebt an, sie hätte gewisse Worte nicht vergessen, verstände aber nicht zu sprechen. P. corrigirte sich oft, wenn sie die sinnlosen Wortgebilde, die sie hervorbrachte, gehört hatte.

4. Worttaubheit, Wortblindheit, motorische Aphasie und rechtsseitige Hemiplegie. Ausgebreitete Erweichung der linken Rinde, die abwärts einen Theil der inneren Kapsel zerstört hat; die dritte Frontalwindung fast ganz, der Fuss der zweiten Frontalwindung, der untere Theil der beiden Centralwindungen, und ein Theil der ersten und zweiten Schläfe- und der ersten Parietalwindung zerstört.

Kurella.

363) Prof. W. Bechterew und Privatdocent N. Mislawski (Kasanj): Ueber centrale und periphere Innervation der Därme.

(Arbeiten der Gesellschaft Kasanjscher Naturforscher. Bd. XX. Mit 4 Tafeln.)

Verff. untersuchten den Einfluss des Vagus, des Splanchnicus, des Sympathicus, der Hirnrinde, der Sehhügel auf die Bewegungen des Darms und die Bahnen, welche die Gehirncentren mit den, die Darmthätigkeit beeinflussenden peripheren Nerven verbinden und zwar nach einer besonderen Methode, welche zwei Bedingungen erfüllen sollte, 1) den Darmcanal innerhalb der Bauchhöhle in seiner normalen Lage zu belassen und 2) die peripherische Methode behufs Feststellung des Charakters der Bewegungen und des Zustandes der Därme in seinen einzelnen Abschnitten anzuwenden. Diese Methode bestand in Folgendem. An curarisirten Hunden wurde ein, einige Cm. langer Längsschnitt in der linea alba gemacht, durch diesen hindurch das Duodenum oder eine Dünndarmschlinge aufgesucht und in ihrer, der Anhaftungsstelle ans Mesenterium entgegengesetzten Wandung ein kleiner Einschnitt gemacht. Durch diesen wurde das Ende eines, mit einem Erweiterung und Halse versehenen Glasröhrchens in das Darmlumen eingeführt, auf den Hals ein Ballen aus feinsten Guttapercha angebunden, die Darmwand in der Umgebung des Schnittes durch und durch genäht, und die Ligaturen am Röhrchenhalse geknüpft; darauf wurde die Darmschlinge nebst der in ihr vorhandenen Glasröhre und Ballen in die Bauchhöhle versenkt und die Bauchwunde mit Klammern derart geschlossen, dass nur das freie Ende der Glasröhre hervorragte. Diese sowie der Ballen wurde mit etwa 40° warmen Wasser gefüllt und mittels eines, gleichfalls warmes Wasser enthaltenden Gummirohrs mit einem Wassermanometer verbunden, dessen freies Ende durch ein Gummirohr mit dem Marey'schen, mit dem Kymographion verbun-

denen Schreibeapparate vereinigt war. Durch die Bauchwände hindurch wurde eine ähnliche Vorrichtung am Dickdarm angebracht.

Mit dieser Methode können die geringsten Darmbewegungen aufgezeichnet werden. So bieten die Curven bei curarisirten Thieren mit künstlicher Athmung, ohne Reizung irgend welcher Nervenbahnen Zacken dar, welche gewöhnlich abgerundete Gipfel haben und mit den Bewegungen des, die künstliche Athmung unterhaltende Blasebalgs isochron sind und mit dem Aufhören der künstlichen Respiration verschwinden; sie sind am deutlichsten am obersten Abschnitte des Dünndarms sichtbar. Ist aber der Darm, besonders das jejunum nicht in Ruhe, so verändern die erwähnten Zacken ihre Gestalt, wegen des Hinzutretens der *rythmischen Darmbewegungen* zu den in Folge des künstlichen Athmens entstandenen, auch zeigt die Curve dann Hebungen und Senkungen. Beiläufig bemerkt, haben Verff. beobachtet, dass, entgegengesetzt der weit verbreiteten Ansicht als ob die peristaltische Bewegung durch die Bauhin'sche Klappe angehalten werde, bei Versenkung von 3 Ballons in den Dünndarm, den obern Theil des Dickdarms und in's Rectum, die durch elektrische Reizung des oberen Abschnitts des Duodenums gesetzte Contractionswelle sich nicht allein regelmässig über die Ileocöcalklappe verbreitet, sondern sich am Rectum, wenn auch schwächer äussert; doch wurde dieses nur bei starker elektrischer Reizung beobachtet, bei schwacher aber ging die Welle nur bis zum obern Abschnitte des Dickdarms oder bis zum untern des Dünndarms.

Ref. übergeht die detaillirten Ausführungen der Verff. über ihre Versuche und theilt nur die recht interessanten Schlussfolgerungen mit.

1) Der normale Tonus, die Rythmik und die Peristaltik der Därme wird durch die Thätigkeit der in den Darmwänden selbst eingelagerten peripheren Nervenapparate unterhalten.

2) Dünn- und Dickdarm werden ausser durch die peripheren nervösen Vorrichtungen noch durch die Vagi und Sympathicusfasern innervirt.

3) Die Vagi innerviren hauptsächlich den Dünndarm und theilweise den obern Abschnitt des Dickdarms.

4) In Bezug auf ihre Function zeigen sich meist die Vagi als gemischte Nerven, obgleich sie hauptsächlich erregend wirken.

5) Wenn auch die Splanchnici für gewöhnlich auf die Darmthätigkeit hemmend einwirken, so dürfen sie dennoch nicht als ausschliesslich inhibitorische angesehen werden.

6) Die Wirkung des Brustsympathicus auf die Darmbewegungen ist keine constante.

7) Die Centren für die Darmbewegungen sind in der Gehirnrinde concentrirt und zwar vorwiegend im Gyrus sigmoides und dem ihm hinten und aussen anliegenden Theile der zweiten Primärwindung und den Sehhügeln

8) Es bestehen sowohl in der Gehirnrinde, als auch in den Sehhügeln besondere Centren für Contraction und Erschlaffung sowohl des Dünndarms, als auch des Dickdarms.

9) Die Centren des Gehirn wirken auf die Därme theils durch

die Vagi, theils durch das Rückenmark und die aus ihm austretenden Fasern des Sympathicus.

10) Die Fasern des, den Dünndarm innervirenden Sympathicus entspringen beim Hunde vom Brustmarke und zwar von der 6.—13. dorsalen und der 1. Lendenwurzel, während der Dickdarm von den Lendenwurzeln, mit Ausnahme der ersten und den 3 Sacralwirbeln innervirt wird, besonders aber von den 6, 7. Lenden- und den 1. 2. 3. Kreuzbeinwurzeln.

Hinze.

364) **Lannegraco** (Montpellier): Influence des lésions corticales sur la vue. (Einfluss von Hirnläsionen auf das Sehvermögen.)

(Archives de médecine expérimentale. Nro. 1 u. 2. 1889.)

Verf. hat es unternommen den experimentellen Nachweis zu liefern dass 1. *corticale Hirnlaesionen bei Hunden und Affen je nach dem Sitze bald eine homonyme Hemiopie bald eine gekreuzte Amblyopie hervorrufen* und 2. *den Mechanismus, nach dem die corticalen Laesionen beide Arten von Sehstörungen hervorbringen, klar zu legen.*

Im ersten Capitel giebt er eine Uebersicht über die bisherigen Arbeiten über seinen Gegenstand, bespricht die ausserordentliche Divergenz in der Ansicht der Physiologen wie der Kliniker und setzt dann seine Untersuchungsmethode auseinander. Er zerstörte einzelne Theile der Hirnrinde mittelst des Thermokauters und suchte durch zahlreiche vergleichende Untersuchungen den Umfang der Anfalls Symptome zu bestimmen. Verf. macht nachdrücklichst aufmerksam auf die Schwierigkeit in der Beobachtung der Sehstörungen und gesteht offen zu, dass die Physiologen durchaus nicht immer zu einer positiven Gewissheit in ihren Beobachtungen gelangen.

Im zweiten Capitel theilt er die Resultate der während zweier Jahre an *Hunden* angestellten Untersuchungen mit, leider ohne irgend welche nähere Notizen über die Einzelexperimente zu geben. Mit Hinsicht auf die Regionen deren Verletzung Sehstörungen im Gefolge hat, und auf die Intensität und Dauer dieser Sehstörungen stellt er folgende Sätze auf: Man kann Sehstörungen nicht nur durch Verletzung der Occipitalgegend, sondern auch der Frontal-, Temporal- oder Parietalgegend hervorrufen. Die Sehstörungen zeigen sich nicht constant nach jeder Verletzung der genannten Gegenden; in manchen Fällen vermag man sie nicht deutlich nachzuweisen, welches auch immer der Punkt wo die Laesion gemacht wurde, gewesen sein mag. Die Intensität der Sehstörungen, die durch scheinbar gleiche Verletzungen hervorgerufen werden, ist sehr veränderlich. Sie hängt ab von dem Sitze der Laesion. (Die Verletzungen des Occipitallappens geben die deutlichsten Störungen.) Sie hängt ferner ab von der Ausdehnung der Schädigung und nimmt nach wiederholten Verletzungen stark zu. Die Sehstörungen nach einem einzelnen Eingriff sind immer vorübergehend; ihre Dauer wechselt von einigen Tagen bis zu mehreren Wochen. Aufeinanderfolgende gleichseitige Laesionen machen die Sehstörungen nicht nur intensiver, sondern auch dauernder, zuweilen sogar beständig. (Verschiedene Partien der gleichen Hemisphäre scheinen

also in einem gewissen Grade sich zu ergänzen.) Wenn die durch eine oder mehrere gleichseitige Verstümmelungen hervorgerufenen Sehstörungen verschwunden sind, so bringt eine symmetrische oder nicht symmetrische Laesion der entgegengesetzten Seite nicht nur die ihr eigenthümlichen Störungen hervor, sondern vermag auch die verschwundenen Sehstörungen wieder zum Vorschein zu bringen und sie selbst zu dauernden zu machen. Durch sehr ausgedehnte beiderseitige Verletzungen konnte Verf. nur eine zeitweise, aber nicht eine dauernde Blindheit erreichen; selbst wenn die Verletzungen die Hinterhauptsgegenden betrafen, lernte das Thier auf die Dauer Hindernisse vermeiden.

In Bezug auf die Natur der Sehstörung sagt Verf. folgendes: Die Corticallaesionen rufen nicht eine einzige, immer identische Sehstörung hervor; die Natur der Störung ist veränderlich; man kann homonyme Hemioapie und gekreuzte Amblyopie beobachten. Die homonyme Hemioapie kann rein sein; die gekreuzte Amblyopie ist fast constant mit einem gewissen Grad von Hemioapie (des anderen Auges) verbunden; sie kommt selten isolirt vor. Die Natur der Sehstörung hängt von dem Sitze der Laesion ab; die Laesion jeden Rindenbezirktes kann homonyme Hemioapie hervorrufen, aber nur Laesionen der vorderen Parteen sind mit gekreuzter Amblyopie verbunden. Die Rindenverletzungen können zeitweise die Wahrnehmung der Netzhautindrücke, aber nie auf die Dauer ganz unterdrücken. Nach einer gewissen Zeit beobachtet man an Stelle von gekreuzter Amaurose gekreuzte Amblyopie, an Stelle von Hemioapie Hemiambyopie. Bei allen Sehstörungen von corticalem Ursprunge scheinen die das Centrum der Retina treffenden Eindrücke immer gut wahrgenommen zu werden. Es giebt keine bestimmte Rindenparteen, welche den verschiedenen Netzhautabschnitten genau entsprechen.

Was die Störung der Motilität, Sensibilität, Ernährung des Bulbus infolge von Rindenverletzung angeht, so formulirt L. darüber folgende Sätze: Die Rindenverletzungen rufen, gleichviel welches ihr Sitz sei, niemals eine Lähmung der inneren oder äusseren Augenmuskulatur hervor. Verletzungen der vorderen Rindenabschnitte und vorzüglich der Parietalgegend können die Sensibilität des gegenüberliegenden Auges herabsetzen; diese Sensibilitätsherabsetzung fällt mit der Amblyopie zusammen. Die Verletzungen der Frontal- und Parietalgegend können trophische Störungen der entgegengesetzten Körperhälfte hervorrufen und zwar nicht allein an den Extremitäten und dem Rumpfe sondern auch am Auge.

Die Hundeexperimente des Verf. führen denselben also wesentlich zu dem Resultate, dass *fast jede Verletzung der Convexität zu Sehstörungen führen kann dass Hemioapie nach Laesionen fast der ganzen Convexität der Hirnrinde entsteht, hauptsächlich aber nach Occipitalverletzungen, dass dagegen gekreuzte Amblyopie, welche übrigens oft mit sensiblen und trophischen Störungen des betroffenen Auges verknüpft ist, nur nach Verletzungen der Frontal- und besonders der Parietalgegend des Gehirns erfolgt.*

Eine Reihe von Experimenten an Affen, die Verf. näher beschreibt, führen ihn zu folgenden Schlussfolgerungen: Die Verletzung eines Hinter-

hauptlappens scheint das Sehen nicht zu beeinflussen. Die Verletzung eines gyrus angularis trübt das Sehvermögen auf der entgegengesetzten Seite; es scheint gekreuzte Amblyopie vorzuliegen; diese Amblyopie ist wenig intensiv und vorübergehend. Die Verletzung des Hinterhauptlappens und des gyrus angularis derselben Seite ruft eine Störung beider Augen hervor und zwar gekreuzte Amblyopie mit homonymer Hemiopie. Die Verletzung der Centralwindung kann Sehstörungen schaffen. Die aufeinanderfolgende Zerstörung beider gyri angulares bedingt nicht den Verlust des Gesichtes. Die Zerstörung beider Occipitallappen und eines gyrus angularis unterdrückt das Sehen nicht, kann vielmehr nur vorübergehende Sehstörungen hervorbringen. Die Verletzung beider gyri angulares und eines Occipitallappens unterdrückt gleichfalls das Sehen nicht. Die Zerstörung beider Hinterhauptlappen und beider gyri angulares führt nicht mit absoluter Nothwendigkeit zum vollständigen Verluste des Sehvermögens.

Als Hauptresultat seiner Untersuchungen an Affen bezeichnet Verf. den Nachweis, dass *zur völligen Unterdrückung des Sehvermögens bei Affen noch bedeutendere Rindenzerstörungen als die von Ferrier und Yeo als genügend erklärte Zerstörung beider Hinterhauptlappen und beider gyri angulares nöthig sind. Die Sehzone scheint sich bis in die motorische Zone zu erstrecken.*

In einem vierten und letzten Capitel setzt endlich L. seine Theorie über das Zustandekommen von Hemiopie und gekreuzter Amblyopie auseinander. Das Sehvermögen kann auf zweierlei Art durch eine cerebrale Erkrankung geschädigt werden, einmal durch Störungen der optischen Leitungsfasern, der Fasern, welche die Lichteindrücke direkt der Gehirnrinde übermitteln, ein anderes Mal durch Störungen derjenigen Bahnen, die durch ihre Wirkung auf die Chorioidalgefäße die Ernährung der Retina regeln; Störungen der ersteren Art, des sensorischen Apparates, bedingen die Hemiopie, Störungen der zweiten Art, des sensitivo-motorischen Apparates, bedingen die gekreuzte Amblyopie.

Die homonyme Hemiopie ist das Resultat einer Laesion, welche direkt den sensorischen Apparat trifft, nachdem er im Chiasma die Semidecussation erlitten hat. Die semidecussirten optischen Fasern verbreiten sich vom thalamus opticus aus über einen sehr beträchtlichen Theil der Convexität der Hirnrinde, vom Hinterhaupt bis zur motorischen Region, die Mehrzahl der optischen Fasern vereinigt sich im Hinterhauptlappen, der Rest vertheilt sich in den vorderen Parteen der Rinde. Die Sehzone, die Zone der Hemiopie ist also sehr ausgedehnt, sie hat aber ihren Hauptherd im Hinterhaupte. Beim Menschen ist die Hemiopie oft verbunden mit Hemiplegie, Aphasie, Hemianästhesie etc.; dann ist der Krankheitssitz in den vorderen Hirnbezirken; hier vermischt sich das Sehnetz mit den für andere Functionen bestimmten Zellennetzen. Zuweilen aber besteht die Hemiopie allein, dann findet man eine Laesion des Occipitallappens; hier scheinen die Sehelemente am reinsten zu sein.

Die Sehzellen können sich in einem gewissen Masse ergänzen; die Rückkehr eines gewissen Grades des Sehvermögens ist bei einem

Affen, dessen beide Hinterhauptslappen und gyri angulares zerstört waren, einige Monate nach den Operationen möglich gewesen.

Trifft eine Laesion die Gesamtheit der Opticusfasern nach ihrer Semidekussation (tractus opt., thalamus opt. und Umgebung), so ist die Hemiopie eine absolute, mit scharfem senkrechten Rande. Ist die Laesion dagegen eine corticale und trifft also nur einen Theil der Endelemente des optischen Apparates, so nimmt die Hemiopie einen eigenthümlichen Charakter an, das centrale Sehen persistirt, der Rand des Gesichtsfeldes hat in der Mitte, wo der Fixirpunkt ist, eine Ausbiegung. Denn wenn das Gehirn durch eine Laesion geschwächt ist, nimmt es natürlich die übermittelten Eindrücke weniger deutlich wahr; die gebliebenen Rindenpartieen können noch die lebhaften Erregungen, die von der macula lutea kommen, wahrnehmen, dagegen die dunkeln Erregungen, die von der schwer erregbaren Peripherie kommen, nicht mehr wahrnehmen. Nur eine völlige Zerstörung des ausgedehnten Rindenbezirktes, der dem Sehen vorsteht, könnte eine vollkommene scharfe Hemiopie hervorrufen; eine so riesige Rindenzerstörung kommt aber nicht leicht vor. In der weissen Hirnsubstanz wird eine Laesion um so eher eine vollkommene Hemiopie hervorbringen, je näher sie dem ersten Sammelpunkte der Opticusfasern, dem Thalamus opt. liegt.

Die *Amblyopie* ist nothwendigerweise mit einer Störung der ocularen Sensibilität verbunden, deren Folge sie zu sein scheint. Sie ist wahrscheinlich das Resultat einer Ernährungsstörung der retina, die durch eine Laesion der sensiblen Augenerven hervorgerufen wird; da diese im Niveau der Brücke eine vollkommene Decussation erleiden, so muss, wenn eine Laesion sie in ihrem cerebralen Theile trifft, die Amblyopie nothwendig eine gekreuzte sein. Das sensible Augenbündel ist im hinteren Abschnitte der inneren Kapsel zusammengedrängt; dort ist es der unmittelbare Nachbar des Opticusbündel. Eine Laesion dieser Gegend wird also, je nachdem sie das sensorische oder das sensible Bündel entweder allein oder beide zusammen trifft, entweder eine homonyme Hemyopie oder eine gekreuzte Amblyopie oder aber eine Verbindung beider Störungen im Gefolge haben. Beim Austreten aus der inneren Kapsel, scheint das sensible Augenbündel nach der fronto-parietalen Gegend und speciell gegen den Parietallappen hin auszustrahlen. Die oculo-sensitive Zone, die Zone der Amblyopie fiel demnach zusammen mit dem vorderen Theile der Sehzone, der Zone der Hemiopie. Eine Rindenlaesion, welche zugleich den sensiblen und sensorischen Apparat an ihrer Berührungsstelle trifft, müsste immer zu gleicher Zeit Amblyopie und Hemiopie im Gefolge haben, doch kann diese fehlen kraft der gegenseitigen Ergänzung der Sehzellen.

Als Beweis für die Richtigkeit seiner Erklärung der Amblyopie führt L. zunächst die Studien Féré's über die hysterische Amblyopie an; diese ist bekanntlich die Begleiterscheinung von sensiblen Störungen der Conjunctiva und Cornea und ist häufig Theilerscheinung einer complete Hemianästhesie. Um den Nachweis auch experimentell beizubringen, versuchte L. zunächst die gesammten ocularen Aeste des Trigemini zu zerstören, was aber an der grossen Schwierigkeit der Auf-

gabe scheiterte. Dagegen gelang ihm an Hunden die Section des hinteren Abschnittes der inneren Kapsel; darauf beobachtete er nicht nur Sensibilitätsstörungen der gegenseitigen Extremitäten wie des Auges, sondern auch eine gekrenzte Amblyopie mit homonymer Hemioapie. Die Schwierigkeit des Eingriffs einerseits und das unmittelbare Aneinanderstossen der in Frage kommenden Punkte andererseits gestattete nicht bald eine Amblyopie bald eine Hemioapie hervorzurufen, wie das theoretisch möglich ist. Die für die Theorie des Verf. sprechenden Bindeversuche sind oben erörtert.

Im ganzen erscheint die fleissige und übersichtliche Arbeit des Verf. als ein höchst beachtenswerther Beitrag zur Lehre von der Gehirnlokalisation.

Strauscheid.

365) **Henschen** (Upsala): Zur Pathogenese des Schreibkrampfs.

(Upsala läkareförs. förhandl. 23. p. 125.)

H. führt als Beweis für seine Annahme, dass bei sogenannten Neurosen sich durch genaue Untersuchung häufig periphere Nervenaffectionen finden lassen, drei Fälle von Schreibkrampf auf.

Im ersten Fall handelt es sich um seit 10 Jahren bestehende tonische Krämpfe in Daumen und Zeigefinger, abwechselnd klonische Supination und Pronation der Hand begleitet mit Flexions- und Extensionsbewegungen, daneben cloni in deltoides und pector. maj.; diese Erscheinungen treten auf, sobald Patient schreiben will. Die meisten Unterarmmuskeln waren geschwollen und schmerzempfindlich, es fanden sich eine ganze Reihe von Schmerzpunkten über den Arm verstreut, und auch die Bronchialnerven waren am unteren Rande des Deltoides geschwollen und empfindlich. H. nimmt an, dass ein Irritationszucken der Muskeln bei einem professionellen Schreiber sehr natürlich ist; ein ähnlicher Zustand findet sich gleichzeitig auch in den sensibelen Nerven; da nun an Schreibkrampf leidende Personen gewöhnlich auch nervös sind, was sich in einer erhöhten Reflexerregbarkeit äussert, so ist es leicht zu verstehen, dass durch das Schreiben bei ihnen leicht ein Anfall ausgelöst wird.

Bei einem andern Falle, einer Malerin, die den Pinsel nicht halten und bloss mit Mühe schreiben konnte, fanden sich analoge Veränderungen im m. adduct. pollic., inteross. dors. primus, supinat. long. pector. major., und ähnliche Veränderungen bei einem jungen Mann, der beim Schreiben Tremor und Behinderung empfand. H. betont zum Schluss, dass, abgesehen von der meist vorhandenen neuropathologischen Anlage der Kranken, beim Schreibkrampf stets Veränderungen in Nerv und Muskel zu finden sind, worauf ja auch die guten Erfolge von gymnastischen und Massage-Curen hinweisen.

Kurella.

366) **Raymond**: Des associations morbides, en pathologie nerveuse, à propos d'un cas de rhumatisme chronique compliqué d'anesthésie hystérique. (Ein Fall von chronischem Rheumatismus complicirt mit hysterischer Anästhesie.) (Le Progrès médical 1889. Nro. 20.)

Ein 32jähriger Korb, dessen Mutter an Migräne litt, erkrankte im Alter von 23 Jahren — er war vorher stets gesund gewesen —

an acutem Rheumatismus sämtlicher Gelenke von 6monatlicher Dauer; das Gelenk der rechten Hand war am stärksten afficirt. Kurz nach der Entlassung aus dem Hospital acquirirte er ein Gesichtserysipel, das schnell heilte. Sechs Jahre darauf neue Attaque von acutem Gelenksrheumatismus, heftiger als die erste, nur der linke Arm blieb verschont. Rechte Hand stark geschwollen blieb noch lange nach Abheilung der übrigen Gelenke unbrauchbar; während der Reconvalescenz Exzem des Kopfes und Erysipel. Nach 3 Jahren neuer Rheumatismusanfall, aber weniger heftig. Rechte Hand enorm geschwollen und sehr schmerzhaft; in der Reconvalescenz wieder Gesichts- und Kopferysipel, desswegen Aderlass am rechten Arm. Leichte Anästhesie der rechten noch immer geschwollenen Hand; doch konnte er nach seiner Entlassung ein Geschäft aufnehmen und auch gröbere Gegenstände mit der Hand gut halten. Einige Monate darauf wurde das Gefühl schwächer in der rechten Hand, sie schwoll an, und war kühler als die linke, die Finger gleichzeitig steif mit Ausnahme des Daumens. Bald darauf wurde auch die ganze rechte obere Extremität schwächer als die linke; die Schwäche sank, die Unbeweglichkeit der Finger nahm zu, so dass Pat. das Hospital aufsuchen musste. Bei der Untersuchung findet sich eine leichte Parese der rechten oberen Extremität; die rechte Hand ist stark geschwollen, bläulich verfärbt auf beiden Seiten, die Spitzen der Finger schwarzblau; die Temperatur der Haut rechts bedeutend niedriger als die der Haut der linken Hand. Die Finger sind oedematös, gegen die Handfläche geneigt, in dieser Stellung unbeweglich bis auf den Daumen, dessen Bewegungen jedoch ebenfalls an Stärke und Umfang eingebüsst haben; es besteht eine leichte Retraktion der Palmaraponeurosis rechts.

Vollständige Anästhesie aller Grade an der ganzen Hand mit Ausnahme des Daumens; sie geht bis zum unteren Drittel des Unterarms und hört auf mit einer Kreislinie, die man durch den Kopf des Processus styloideus der Ulna ziehen kann. Oberhalb dieser Linie befindet sich eine circa 1 – 2 Cm. breite Uebergangszone, jenseits welcher die Sensibilität normales Verhalten zeigt.

Die faradische Contractilität der Muskeln ist rechts geringer als links.

In der Chloroformnarkose verliert die rechte Hand nach und nach ihre bläuliche Farbe, sie wird rosig; zu gleicher Zeit hebt sich die Hauttemperatur und überschreitet selbst die der linken Hand um 2,2°.

Es besteht ausserdem bei dem Kranken noch Pharyxanästhesie, dagegen keine Einengung des Gesichtsfeldes.

Nach einiger Zeit stellten sich schmerzhaft Crampi in den Muskeln der rechten Schulter ein und eine geringe Abmagerung am rechten Vorde.a.m liess sich constatiren.

Holtermann.

367) J. Ségla: L'hallucination dans ses rapports avec la fonction du langage; les hallucinations psychomotrices. (Die Beziehungen der Hallucinationen zu der Sprechfunktion; die psychomotorischen Hallucinationen.) (Le Progrès médical 1888. Nro. 33, 34.)

Die Theorie, die den Sitz der Hallucinationen in die percipirenden Centren der Rinde verlegt, ist nach Ségla's Ansicht die annehm-

barste und zugleich diejenige, welche die Entstehung derselben am Besten erklärt. Die Beziehungen der sprachlichen Functionen zu den Hallucinationen sind bis jetzt noch wenig erläutert worden; es handelt sich dabei nicht nur um solche des Gehörs sondern vielmehr um Hallucinationen der verschiedensten Art. Man muss zu diesem Zwecke sich den Mechanismus der Sprachfunction klar machen. Das Wort ist zusammengesetzt aus vier Arten von Bildern; diese associirten Bilder sind das visuelle, das auditive, das motorisch-articulirende und das motorisch-graphische Bild. Diese Bilder stellen sich nun den Fähigkeiten des Einzelnen entsprechend mehr oder weniger lebhaft unserem Geiste dar und geben unseren Gedanken während der Reflexion in der Art den Körper, dass sie der Herrschaft entweder dieses oder jenes unter ihnen folgen und wir demnach entweder auditiv, visuell oder motorisch sind.

Gleiche Centren treten nun in beiden Fällen in Function, mag es sich wie bei der erwähnten Operation um innere Vorgänge (innere Sprache) oder um solche handeln, vermittelt der wir mit unseres Gleichen im Verkehr treten (äussere Reizung, äussere Sprache). Im Normalzustande sind die Bilder der inneren Sprache schwach und beanspruchen eine gewisse Beobachtung; unter anderen Verhältnissen jedoch kann ihre Intensität zunehmen, die der Bilder der äusseren Sprache erreichen und so eine wahre Hallucination herbeiführen.

Gehörshallucinationen sind die häufigsten; es giebt einfache und zusammengesetzte.

In den einfachen Fällen, in denen confuse Geräusche, die der Kranke durch onomatopoeistische Ausdrücke wiedergiebt, oder Töne gehört werden, geht die functionelle Störung nur die Zellen des allgemeinen Hörcentrums an, die zur Perception von Tönen bestimmt sind. Handelt es sich aber um zusammengesetztere Hallucinationen, in denen Stimmen und Worte gehört werden, so tritt zur Bildung derselben ein neues Element hinzu, das der Sprechfunction angehört. In der einfacheren Form dieser Hallucinationen wird es sich um ein Wort handeln, doch ist der Mechanismus auch bei ganzen Sätzen der gleiche. Wenn die Function alle Störung, welche die Hallucination herbeiführt das auditive Wortcentrum in Mitleidenschaft zieht und das dort aufgespeicherte Wort lebhaft genug erregt wird, um nach aussen verlegt zu werden, so wird es wahrgenommen, als wenn es durch eine äussere Reizung hervorgebracht würde. Es entsteht dann die Hallucination verbale auditive.

Obwohl seltener können doch auch die anderen Bilder ebenso wie das auditive nach aussen verlegt werden unter der Form von Hallucinationen. So giebt es einfache Gesichtshallucinationen, die durch Erregung des allgemeinen Sehcentrums zu Stande kommen; daneben kommen wenn auch seltener solche complicirter Art vor, die die sprachlichen Functionen in Mitleidenschaft ziehen, indem sie sich an das visuelle Wortcentrum wenden. So sehen einzelne Hallucinanten vor ihren Augen geschriebene Worte, die sie lesen. Der Sitz des hallucinatorischen Processes ist in diesen Fällen das visuelle Wortcentrum, wel-

ches den Bildern eine solche Intensität verleiht, dass sie nach Aussen verlegt und in gleicher Weise gelesen werden, wie wenn sie durch ein äusseres Agens geschrieben wären. Diese Hallucinationen kann man in analoger Weise wie die oben erwähnten des Gehörs als Hallucinations verbales visuelles bezeichnen.

Es gibt nun noch Kranke, die angeben, dass in ihnen eine Stimme spricht, die aber keinen Ton hören, sie hören nur den Gedanken. Baillarger hat zuerst dies Phänomen von den gewöhnlichen Hallucinationen getrennt und als psychische Hallucination beschrieben. Andere Autoren betrachten sie nicht als Hallucination, während einzelne sie als eine Art psycho-sensorieller Hallucinationen bezeichnen. Nach Séglas handelt es sich in diesen Fällen um wirkliche Hallucinationen von gleichem Charakter der psychosensoriellen, die sich aber von letzteren dadurch unterscheiden, dass sie psychomotorische Hallucinationen darstellen, weil sie die Sprachfunction in ihren psychomotorischen Elementen in Mitleidenschaft ziehen. Unter den constituirenden Elementen der inneren Sprache figurirt die geistige Vorstellung der Articulationsbewegungen; sie ist freilich bei manchen Individuen zu Gunsten der auditiven und visuellen Bilder ausgelöscht, bei anderen hingegen überwiegt sie und diese Individuen sprechen während des Nachdenkens im Geiste ihre Gedanken, statt dass sie dieselben hören oder sehen, ja wenn diese geistige Vorstellung sehr lebhaft ist, so kommt es statt zur inneren Sprache zu mehr oder weniger deutlich articulirten Lauten. Das betreffende Individuum erkennt natürlich, noch wenn diese Gedanken laut geworden sind, dass es sich um ein subjectives Phänomen handelt aber unter anderen krankhaften Verhältnissen verliert dasselbe Phänomen den Character der Subjectivität.

Unter den Geisteskranken, die innere Stimmen hören, sind einzelne, welche deutlich durch Worte diese innere Stimme wiedergeben. So spricht einer der Kranken von Séglas, der im Epigastrium Stimmen hört, zu gleicher Zeit wie diese. Es giebt Stimmen, die ihm in den Mund sprechen und ihn zwingen, die Zunge zu bewegen, aber der Mund bleibt geschlossen, er versteht durch die Bewegungen der Zunge, was die Stimmen sagen, ohne zu sprechen. Zu anderen Zeiten spricht er die Worte mit leiser oder lauterer Stimme mit. Zuweilen sind diese Vorgänge weniger deutlich; die Articulation der Worte, welche die innere Stimme begleitet, kann mit sehr leiser Stimme vor sich gehen; in diesen Fällen sind die inneren Stimmen nur von zur Articulation der Worte nöthigen Bewegungen begleitet. So hat eine Kranke, die innere Stimmen hört, wenn diese sprechen, das Gefühl im Munde, wie wenn sie gewaltsam sprechen müsste, „aber es kommt Nichts heraus!“ Ein Anderer mit ähnlichen Symptomen fügt hinzu: „Es ist, als wenn ich mit mir selbst spreche!“

In allen diesen Fällen handelt es sich um psychomotorische Hallucinationen, die das Centrum der articulirenden Sprache in Anspruch nehmen.

Das Centrum der graphischen Bewegungen kann endlich ebenfalls der Sitz ähnlicher Phänomene werden. So schrieb eine Kranke,

die innere Stimmen hörte und die ein Geist wider ihren Willen sprechen liess, auch gegen ihren Willen. Beim Schreiben giebt ihr der Geist den Gedanken durch den Magen ein, wie wenn er dictirte; sie fühlt ihre Hand ergriffen und hat in dieser Hand das Gefühl eines kalten Fluidums; sie schreibt gegen ihren Willen ganz allein, sie braucht nur die Feder zu halten. Die Schrift wechselt jedes Mal, sie schreibt so Rundschrift, die sie früher nicht konnte. Schreibt sie aus eigenem Antriebe, fühlt sie keine Berührung der Hand und merkt deutlich den Unterschied. Auch mit Berücksichtigung der Alteration des Willens ist nach der Ansicht von Ségla's die rationelle Erklärung dieser Erscheinung nur darin zu suchen, dass der Gedanke der Kranken Gestalt annimmt mit Hülfe der graphischen Bilder, die in diesem Falle eine genügende Intensität erlangt haben, um nach Aussen verlegt zu werden unter der Form der zur Bildung von Schriftzeichen nöthigen Bewegungen, welche die materielle Uebertragung des Gedankens sind. Man findet in den Abhandlungen über Spiritismus eine Reihe analoger Beispiele, die als automatisches Schreibmedium, welches in gewisser Weise ausserhalb seines Willens schreibt, und als intuitives Schreibmedium, das im Kopfe eine Stimme hört, die ihm dictirt, was es schreibt, bezeichnet werden. S. unterscheidet demnach zwei Arten von Hallucinationen: die psycho-sensoriellen, die ihren Sitz in den psychosensoriellen Centren der Rinde haben, und die psychomotorischen, die ihren Ursprung Reizen in den psychomotorischen Rindencentren verdanken. Er kommt am Schlusse seiner Abhandlung zu folgenden Schlüssen.

1. Ausser den gewöhnlichen Gesichts- und Gehörshallucinationen giebt es mit Rücksicht auf die Beziehungen der Hallucinationen zu den Sprachcentren solche beider Art aber verbalen Characters; diese sind psychosensoriell auf Grund der Function der Centren, die sie in Erregung versetzen.

2. Die motorischen Centren der Sprache können in gleicher Weise der Sitz ähnlicher Phaenomene sein; man muss in diesen Fällen die verbalen Impulse, wenn es sich um eine primäre Laesion des Willens handelt, unterscheiden von den eigentlichen psychomotorischen verbalen Hallucinationen.

3. Die sogenannten psychischen Hallucinationen fassen grösstentheils ein motorisches Element in sich. Man kann sie in drei Gruppen theilen. Die einen sind die reinen verbalen motorischen Hallucinationen.

Die anderen begreifen gleichzeitig ein sensorielles Element in sich und werden dann gleichzeitig und in verschiedenem Verhältniss auditiv verbal und motorisch sein.

In den Fällen endlich, in denen diese Phaenomene nicht deutlich ausgesprochen sind, können sie doch vorhanden sein, ohne dass bei dem eigenthümlichen Zustande des Kranken sie sich constatiren lassen, oder sie bleiben vielleicht in abgeschwächtem Zustande einfache geistige auditive oder motorische Repräsentationen, die aber nicht mit einander associirt zu sein brauchen, ohne bis zur wahren Hallucination sich auszubilden.

Holtermann.

368) **J. Salgó** (Budapest): Compendium der Psychiatrie. Zweite verbesserte und sehr vermehrte Auflage von J. Weiss' Compendium.

(Wien 1889. Bermann und Altmann. 434 S.)

Das weitverbreitete Compendium von Weiss liegt nun in zweiter Auflage vor; dass Salgó nicht etwa der Nachfolger von Weiss, sondern dieser selbst ist, jedoch ins Magyarische übersetzt, wird Freunde und Leser des alten Compendiums wohl interessiren. Der Inhalt des Buchs hat an der Metamorphose des Autornamens nicht theilgenommen. präsentirt sich vielmehr als eine Reihe in sehr elegantem Deutsch klar verfasster psychiatrischer Essays, die ein ausgezeichnetes Bild geben, von der Symptomatologie der Geistesstörungen, und eine Reihe kurz, scharf und erschöpfend schildernder Krankheitsbilder, oder, wie der Verfasser höchst unvorgreiflich sie nennt, Symptomengruppen als „speciellen Theil“ des Buchs bringen; dieser letzte Theil bringt als vollkommen neue Capitel Darstellungen der „acuten hallucinatorischen Verücktheit“, der „Hysterie“, und weiterhin noch einiges über die forensische Seite der Psychiatrie.“

Die 434 Seiten des Buchs (gegen 273 der ersten Auflage) stellen es nun aus dem Bereiche der Compendien hinaus; zu den Lehrbüchern kann man es aber auch nicht zählen, weil es seiner Methode nur seiner Darstellung nach nicht weniger als dogmatisch ist, vielmehr durchaus kritisch, stellenweis skeptisch, und gelegentlich ganz paradox. Ganz besonders in den ersten allgemeinen Capiteln herrscht nicht der Lehrvortrag, sondern die Debatte vor, eine höchst anregende, oft glänzende Discussion der traditionellen psychiatrischen Vorstellungen an der Hand alles dessen, was wir vom Hirnmechanismus bestimmtes wissen. In dieser Revision der geltenden psychiatrischen Lehren an der Hand exakter Forschungsergebnisse liegt nun der Reiz und Werth des Buchs, in dem jedes Capitel sich in einem Tage lesen lässt, ohne dass die anregende Wirkung des lebendigen Gedankenflusses jemals versagte.

Die anregende Wirkung wird dem Anfänger nun wohl weniger zu gut kommen als dem erfahrenen Leser; immerhin wird auch der Nicht-Psychiater die HAUPTerscheinungen des Gebiets aus dem anziehenden Buche kennen lernen.

Kurella.

369) **William Oster** (Pennsylvania): Idiocy and feeble-mindedness in relation to infantile hemiplegia. (Idiotie und Schwachsinn in Beziehung zu infantiler Hemiplegie.)

(The Alienist and Neurologist. Januar 1889. pag. 16.)

Die meisten Fälle von infantiler Hemiplegie entstehen während der ersten zwei Lebensjahre. Sie kommt indess auch congenital vor in Folge einer foetalen Meningoencephalitis oder kann sich in Folge von bei der Geburt erlittenen Verletzungen entwickeln. Von solchen Kindern werden viele epileptisch und eine grosse Anzahl schwachsinig resp. Idioten. Der Obductionsbefund ergiebt meist Solerose der Hirnrinde oder Porencephalie. — Ueber 22 Fälle von infantiler He-

miplegie wird ein kurzer Befund angeführt. 13mal war die Hemiplegie rechtsseitig, 9mal linksseitig. 14 Patienten litten an epileptischen Anfällen.

Ascher.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

I. Société de Biologie zu Paris.

Sitzung vom 26. Januar, 2. 9. 23. Februar, 2., 9. und 16. März 1889.
(Le Progrès médical 1889. Nro. 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12.)

370) **Magnan** berichtet über 3 Fälle von *chronischer Cocainintoxication*, die er beobachtete. Der erste betraf einen 48 jährigen Kaufmann, der wegen Nierenkolik seit 1878 Morphin brauchte und um sich dieses abzugewöhnen seit 1886 Cocaïn injicirt, in dessen Dosirung er schnell bis zu einem Gramm täglich stieg. Nach 2 Monaten hörte er auf, da ihn erschreckende Symptome sich einstellten: eigenthümliche Illusionen, die Gegenstände bewegten sich um ihn, er hörte plötzliche ihn in Angst versetzende Geräusche, ferner neuromusculäre Hyperexcitabilität, die sich durch Zuckungen der Glieder kundthat. Nachdem er 6 Monate wieder Morphin genommen, kehrte er zum Cocaïn zurück; damit erfolgte auch die Rückkehr der Hallucinationen; Stösse durch den Körper, Gefühl von Fremdkörpern unter der Haut. Nach kurzer Zeit trat ein klassischer epileptischer Anfall auf.

In der zweiten Beobachtung handelte es sich um einen 44 jährigen Apotheker, der Morphin wegen Gallensteinkoliken nahm. Mit dem Cocaingebruch traten Hallucinationen des Allgemeingefühls auf, er glaubte Microben unter der Haut zu haben; Muskelzuckungen, Tremor, schliesslich ein klassischer epileptischer Anfall, dem weitere folgten, stellten sich ein.

Die dritte Beobachtung betrifft einen 35 jährigen Arzt, der seit 15 Jahren wegen Neuralgien Morphin und seit 2 Jahren Cocaïn in steigenden Dosen bis zu 2,0 Gramm täglich nahm. Auch hier traten Gesicht- und Gehörshallucinationen, leichte Analgesie, Gefühl von Fremdkörpern unter der Haut auf.

In der Discussion fragt Déjérine, ob M. in seinen Fällen auch Tachycardie beobachtete, wie D. Gelegenheit hatte, solche in hohem Grade nach einer starken Dose Cocaïn eintreten zu sehen. Dem gegenüber bemerkt M., dass diese Störungen der Innervation des Herzens den acuten Wirkungen des Cocaïns zukommen, während sie bei der chronischen Vergiftung fehlen.

371) **Chouppe** der eine Arbeit über *Morphinismus und seine Beziehungen zum Cocainismus* verliest, bemerkt zu den Ausführungen Magnan's an der Hand von 3 Fällen, die sämtlich alte Morphinisten betreffen, die Cocaïn subcutan anwandten, dass diese Alle mit relativ hohen Dosen begannen, einer mit 50 Centigramm, die beiden

anderen mit 20 und 25 Centigr. Cocain: doch setzten sie den Abusus nicht fort und desshalb blieben auch die von M. erwähnten Erscheinungen aus. Als bemerkenswerthes Symptom trat bei dem einen Kranken nach jedesmaliger Cocaininjection Nausea ohne Erbrechen auf, während bei dem, der die höchsten Dosen injicirte, deutliche Tachycardie mit Respirationsbeschleunigung, Präcordialangst und in den linken Arm ausstrahlende Schmerzen sich einstellten. Diese nach jeder Injection auftretenden Symptome wurden durch eine schwache Morphin-injection zum Schwinden gebracht.

372) Féré berichtet über Untersuchungen, die er mittelst eines von Arsonval kürzlich hergestellten Apparates vorgenommen und die den Zweck hatten, genaue Erhebungen über die *Reactionszeit bei Hysterischen und Epileptischen* zu machen. Bei ersteren besteht im gewöhnlichen Zustande eine merkbare Verzögerung auf der anästhetischen Seite, dagegen ist im hypnotischen Schlafe die Reactionszeit modificirt; bald ist sie kürzer bald länger ohne jede Beziehung zum normalen Zustande. Gleiche Beobachtungen wurden bei suggestirten Geisteszuständen, die während des Erwachens persistirten, gemacht. Diese Variationen entsprechen denen, die unter gleichen Bedingungen periphere Reize bei Hysterischen zu Wege bringen.

Die Dauer der Reactionszeit bei Epileptikern ist schon von Tanzi untersucht worden, der dieselbe verlängert fand und zwar war diese Verlängerung um so stärker hervortretend, je häufiger die Anfälle bei dem betreffenden Individuum auftraten. Féré machte gleiche Untersuchungen und zwar bei solchen Individuen, die eben Anfälle gehabt hatten, also im Zustande des postepileptischen Stupors, während dessen eine Abstumpfung der Sinne mit Sensibilitätsstörungen statthatte, die sich erst nach und nach verlieren. Diesen parallel konnte F. Verlangsamung der Reactionszeit nachweisen, die mehrere Stunden anhalten kann und die weniger mit der Frequenz der Anfälle als mit ihrer Intensität in Beziehung zu stehen schien.

Brown-Séquard bediente sich desselben Apparates in einem Falle, der in Folge einer Fractur der Wirbelsäule die Erscheinungen der nach Br. benannten Lähmung darbot. Auf der hyperästhetischen Seite war die Reactionszeit um das doppelte der normalen beschleunigt, während sie an der entgegengesetzten Seite um $\frac{3}{4}$ vermindert war.

373) Féré beschreibt einen *eigenthümlichen Professionskrampf*, der bei einem Flötenspieler auftrat. Dieser, viel beschäftigt, bemerkte plötzlich, dass er die beiden letzten Finger jeder Hand beim Spielen nur mit Mühe heben konnte; später trat ein Krampf der Antagonisten mit solcher Intensität auf, dass er das Instrument fallen lassen musste, zuweilen sogar mit einem Schrei. Locale Massage und allgemein tonisirendes Verfahren brachte wenn auch nicht Heilung so doch Besserung, dass der Betreffende sein Instrument wieder spielen konnte. F. schliesst sich der Ansicht an, dass diese Professionskrämpfe weniger der lo-

calen Ueberanstrengung als vielmehr der allgemeinen Abspannung ihre Entstehung verdanken.

Brown-Séquard beobachtete einen Fall, der diese Ansicht bestätigt. Ein amerikanischer Journalist, der an Schreibkrampf der rechten Hand litt und desswegen mit der linken schrieb, bekam den gleichen Krampf bald darauf in der letztgenannten Hand. Er schrieb nun mit dem rechten Fuss, und als der Krampf auch hier sich zeigte, mit dem linken, aber mit dem gleichen Resultat. Er fing dann wieder an, die rechte Hand zu gebrauchen aber ohne dauernden Erfolg. Dass übrigens der Allgemeinzustand auf die Krämpfe bedeutenden Einfluss hat, dafür spricht die Beobachtung, dass diese Kranken nicht schreiben können, wenn sie an den Krampf denken, werden ihre Gedanken jedoch abgelenkt, so geht es ganz gut.

Dumontpallier beobachtete bei einem Rechnungsführer den gleichen Zustand. Sein Rath, sich der linken Hand beim Schreiben zu bedienen, hatte zur Folge, dass, sowie der Kranke diese Hand zu genanntem Zwecke braucht, sofort der Krampf rechts auftrat.

374) Kalt spricht über *Erkrankungen des Auges, die bei progressiver halbseitiger Gesichtsatrophie vorkommen*. Der Fall betrifft ein 11 jähriges Mädchen, die bei der Geburt eine leichte Abplattung der rechten Gesichtshälfte darbot, die sich allmählig weiter ausbildete, so dass jetzt ein bedeutender Unterschied zwischen beiden Gesichtshälften besteht. Am rechten unteren Augenlid findet sich eine eigenthümliche Anordnung der Cilien, die in zwei bis drei Reihen gestellt sind, die wiederum durch becherförmige Vertiefungen dem Ciliarrand parallel verlaufend von einander geschieden sind. Die Cilien der obersten Reihe sind in die Höhe gerichtet; die in der Mitte der unteren Reihe befindlichen wenden sich der Wange zu. Der rechte Bulbus ist kleiner als der linke; ferner finden sich Trübungen der vorderen Linsenkapsel, Erweichung des Glaskörpers, eine leicht verwaschene Pupille mit geschlängelten und erweiterten Venen. Nach unten und innen von der Papille ist eine Gruppe weisser Flecken sichtbar, von einer disseminirten Choroiditis herrührend. Es besteht eine starke Myopie, das linke Auge ist völlig gesund, K. ist der Ansicht, dass diese einseitige Chorioiditis mit Myopie auf die gleiche Ursache zurückgeführt werden müsse, die der halbseitigen Gesichtsatrophie zu Grunde liege, da jede andere Ursache ausgeschlossen sei und meint, dass die Constatirung von Chorioidealerkrankungen auf Grund von Läsionen des Trigeminus auf den Ursprung von Choroiditiden, deren Aetiologie mit Ausnahme der in Folge von Lues entstandenen noch sehr dunkel ist, Licht werfen könnte. Es ist dies der zweite in der Literatur veröffentlichte Fall; der erste ist von Hirschberg beschrieben worden. Uebrigens hat Laborde kürzlich einen Lapin vorgestellt, bei dem nach intracraneller Durchschneidung des Trigeminus ausser anderen trophischen Störungen nicht sowohl eine Erkrankung der Cornea als vielmehr Alterationen im Inneren des Auges von Seiten der Chorioidea auftraten.

375) Chaslin fand bei der Untersuchung der Gehirne von 4 mit *essentieller Epilepsie* behafteten Individuen einen mehr oder weniger ausgedehnten sclerotischen Process, der namentlich die graue Bindesubstanz in Mitleidenschaft zog. Diese sclerotischen Partien entstanden durch Fibrillen, die sich auf Kosten der Deiters'schen Zellen bilden, also neurogliaartiger Natur sind. Die Neuroglia ist aber kein Bindegewebe sondern entsteht vom Ectoderm aus, folglich darf dieser Process der Fibrillenbildung nicht mit bindegewebiger Sclerose verwechselt werden. Diese Fibrillen sind es, denen das Gehirn das eigenthümliche gewebte Aussehen, die runzelige Oberfläche der Windungen und die Induration einzelner Stellen namentlich der Oliven und des Ammons-hornes verdankte.

Die von Mallasey angegebene Reaction unterscheidet diese Fibrillen sehr gut von den Bindegewebsfasern. Die ersteren nach einander in Pottasche und Essigsäure gewaschen, färben sich noch in Carmin, während die letzteren anschwellen, blass werden aber sich nicht färben. Es handelt sich in diesem Falle um eine besondere Art der Sclerose oder Gliose, die unter dem Einflusse der Heredität sich zu entwickeln scheint.

376) Charrin berichtet über Versuche, die er an Meerschweinchen anstellte, um die *Einwirkung der Nerven auf den Verlauf einer Infection* festzustellen. So bringt die subcutane Injection von Culturen des *Bacillus pyocyaneus* in die untere Extremität bei unverletzten Nerven nur eine locale Entzündung hervor, wurden jedoch vorher die Ischiadici durchschnitten, so war der Verlauf der Entzündung ein bedeutend schwerer und das Thier starb oft schon nach verhältnissmässig kleinen Dosen. Die Injection des gleichen Bacillus in die Trachea hatte keinen Erfolg, war jedoch vorher der Vagus verletzt, so starb das Versuchsthier an Hepatisation der Lunge, in deren Mitte man den Bacillus nachweisen konnte. Ch. leitet aus dem letzteren Versuche die Häufigkeit der Broncho-pneumonien bei Individuen mit Herdläsionen des Gehirns her.

Babinsky hat in ähnlichen Versuchen mit Tuberkelbacillen gleiche Resultate erzielt.

377) Féré untersuchte den *Zustand des Blutes nach epileptischen Anfällen* und fand dass die Zahl der rothen Blutkörperchen vermehrt und dabei das Oxyhämoglobin vermindert war. In den ersten zwei Stunden nach dem Anfall sind die meisten Blutzellen wie nach einer Hämorrhagie oder nach einem Fieberanfall vermehrt und die rothen Blutkörperchen, unmittelbar nach dem Anfall in künstlichem Serum untersucht, zeigen eine eigenthümliche sphärische Form und gleichen den Mikrocyten von Vanlair.

Holtermann.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (L. Strasse 25).

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. August 1889.

Nro. 15.

Inhalt.

I. Originalien. I. Ueber Prüfung und Deutung der Pupillensymptome. Von Dr. Ernst Heddaeus in Essen a. d. Ruhr.

II. Ueber die psychische und somatische Degeneration der Verbrecher. Von Prof. Dr. Kirm in Freiburg i. B.

III. Ueber Chloralamid, ein neues Hypnoticum. Von Prof. Dr. S. Rabow in Lausanne-Cery.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

1. Berliner Medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Jastrowitz: Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit. (Schluss)

2. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Von Dr. M. Dreikurs in Wien.

Nothnagel: Ueber Sinusthrombose.

Nothnagel: Tumor in der Vierhügelgegend mit Bethheiligung des Thalamus opticus.

Frey: Praktische Bedeutung der Hypnose. (Discussion)

3. Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Von Dr. Karl Schaffer in Budapest.

Lauffenauer: 1) Demonstr. einer castrirten Hysteroepileptischen, 2) Hysterische Monoplegie, 3) Hysterisches petit mal.

III. Referate und Kritiken. Roth: Beitrag zur Symptomatologie der Syringomyelie. Loyer: Tod durch Enthauptung. Henschen: Ueber-icht über die Lehre von der Localisation in der Hirnrinde. Edwards: Die Hemiplegie bei einzelnen Nervenkrankheiten. Ball: Ueber hysterische Motilitätsstörungen der Stimmbänder. Balfour: Actaea racemosa bei Krankheiten nervösen Ursprungs. Bourneville et Bricon: Ueber Epilepsia procursiva. Péan: Heilung eines Falls von Jackson'scher Epilepsie durch Exstirpation eines Hirntumors. Retsen: Fall von geheilter Hystero-Epilepsie. Stewart: Fälle von Zerreissung der Membrana tympani durch eine Ohrfeige; dadurch bewirkten Verlust der Geschmacksempfindung. Burckhardt: Weitere Mittheilungen über Gefässbewegungen. Theoretisches und Practisches. Koch: Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. Binder: Ueber motorische Störungen stereotypen Characters bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Katatonie. Gerlach: Ueber Veränderungen der normalen galvanischen Erregbarkeit bei Lementia paralytica. Hansen: Degenerationszeichen bei Verbrechern.

IV. Aus den Academiën und Vereinen.

1. American neurological association.

Dercum: Subcutane Bindegewebsentartung der Arme und des Rückens, verbunden mit Symptomen ähnlich denen des Myxoedems.

Jacoby: Subacute progressive Polymyositis.

Sachs: Progressive Muskeldystrophien, die Beziehungen der primären Formen zu einander und zur typischen progressiven Muskelatrophie.

2. Medicinsk Selskab in Kopenhagen.

Bendz: Ueber Hypnotismus und Suggestionen.

I. Originalien.

I.

Ueber Prüfung und Deutung der Pupillensymptome.

Zusätze zu meinem Aufsätze über denselben Gegenstand im Archiv für Augenheilkunde XX, 1.

Von Dr. ERNST HEDDAEUS in Essen a. d. Ruhr.

1. Prüfung der Pupillarreaction.

Im Interesse der Kürze sowohl als der Klarheit und Präcision unserer Krankengeschichten liegt es, wenn wir zwischen Störungen der Beweglichkeit der Pupillen und Störungen der Reflexempfindlichkeit der Augen*) streng unterscheiden. Wir theilen demnach auch die Prüfung der Pupillensymptome ein in:

- 1) Prüfung der Beweglichkeit der Pupillen,
- 2) Prüfung der Reflexempfindlichkeit der Augen, und haben die Beantwortung der beiden Fragen zu erstreben:

1) Besitzen beide Pupillen normale Weite und Beweglichkeit?

2) Besitzen beide Augen normale RE?

Die erste von beiden Fragen schliesst in sich die Frage:

Sind beide Pupillen *gleich* weit? (Besteht Isocorie?)

Ist die RE beider Augen *gleich* gut?

Wir prüfen die *Beweglichkeit der Pupillen* theils mittelst der „Reaction auf Licht“ — indem wir *beide* Augen abwechselnd verdunkeln und erhellen —, theils mittelst der *accomodativen* oder *Convergenz-Reaction* — indem wir abwechselnd in die Ferne schauen und ein nahes Object fixiren lassen.

Der Lichtreaction gebührt der Vorrang vor der Convergenzreaction; denn eine auf Licht reagirende Pupille bewegt sich immer auch mit der Convergenz, während das Umgekehrte nicht behauptet werden kann. Wenn eine Pupille „auf Licht“ gut beweglich ist, so beweist das zur Genüge, dass der zugehörige M. sphincter iridis und der ihn versorgende Ast des Nervus oculomotorius nebst Kern normal functionirt. Die nachträgliche Prüfung der Convergenzreaction könnte nichts zur Vervollständigung dieses Ergebnisses beitragen. *Sie ist also überflüssig, wenn wir mittelst Prüfung der Lichtreaction bereits normale Beweglichkeit der Pupillen nachgewiesen haben.*

Anders, wenn das Resultat, welches wir mittelst Prüfung der Lichtreaction erhalten haben, ein zweifelhaftes oder negatives war. Selbst wenn wir beim wechselnden Verdunkeln und Erhellen beider Augen *jede* Pupillenbewegung vermissen, sind wir nicht berechtigt, die Pupillen unbeweglich zu nennen, d. h. eine Störung im Bereiche des motorischen Apparates der betr. Irides anzunehmen. Es kann ja auch die centripetale, sensible Leitung (brechende Medien des Auges, Netzhaut, centripetale Pupillenfaser) an irgend einer Stelle ihres Verlaufes, etwa im Chiasma eine Unterbrechung erfahren und so den Aus-

*) Vergl. d. Centralbl. Nro. 3. Ueber reflectorische Pupillenstarre.

fall der Lichtreaction verschuldet haben. Hier tritt, zur Entscheidung, die Convergenzreaction in ihr Recht. Fehlt auch sie, (trotz erhaltenen Convergenzvermögens,) so liegt zweifellos eine Störung der Beweglichkeit der betr. Pupille bzw. Pupillen vor. Ist die Convergenzreaction erhalten, bei fehlender oder mangelhafter Lichtreaction, so — sind weitere Ueberlegungen erforderlich, worüber später mehr gesagt werden soll.

Unter *Reflexempfindlichkeit*, RE, verstehe ich die Fähigkeit eines Auges, einen Lichtreiz aufzunehmen und den Reflexcentren, genauer gesagt, dem Nucleus pupillaris des Nervus III, zuzuleiten. Das Auge besitzt diese Fähigkeit wahrscheinlich vermöge besonderer, mit den der Sehfunction vorstehenden Fasern nicht identischer Nervenfasern, der centripetalen Pupillenfasern (cp. Pf.). Ob ein Auge besagte Fähigkeit besitzt (reflexempfindlich ist) oder nicht, das lässt sich nur dann feststellen, wenn wenigstens eine von beiden Pupillen beweglich ist. Aber freie Beweglichkeit einer Pupille genügt andererseits zum Nachweis der RE beider Augen: ihre directe Reaction beweist, dass das gleichseitige, ihre consensuelle Reaction beweist, dass das andere Auge die Fähigkeit besitzt, einen Lichtreiz aufzunehmen und den Reflexcentren zuzuleiten.

Wir prüfen die RE der Augen nur mit Hilfe der *Lichtreaction*; der Impuls zur Convergenzreaction durchläuft nicht die Bahn der centripetalen Pupillenfasern.

Diese allgemeinen Bemerkungen vorausgeschickt, gestaltet sich die Prüfung der Pupillenverhältnisse im einzelnen Fall folgendermassen:

1. Prüfung der Beweglichkeit der Pupillen.

Wir beginnen damit, dass wir *beide* Augen abwechselnd verdunkeln und erhellen. Dabei kann sich im Wesentlichen dreierlei ereignen; wir können finden:

I. *normale Weite und Beweglichkeit beider Pupillen*, — so sind wir fertig, die Prüfung der accomodativen Reaction ist nicht nöthig.

II. *normale Weite und Beweglichkeit der Pupille A, aber mangelnde Bewegung der anderen Pupille (B)* — wodurch eo ipso eine Differenz in der beiderseitigen Weite. Anisocorie, bedingt ist —, so prüfen wir, zur Vervollständigung der Diagnose bezüglich der Pupille B, auch die Convergenzreaction. Auf Seite A wird dieselbe stets erhalten sein, auf Seite B wird sie in der Regel, ebenso wie die Lichtreaction fehlen — wir haben:

II a. *Starre (absolute Starre) der Pupille B, bei normaler Beweglichkeit von A.*

Oder die Convergenzreaction ist erhalten, so haben wir:

II b. *reflectorische Starre der Pupille B, bei normaler Beweglichkeit von A.*

III. Zeigen beim wechselnden Verdunkeln und Erhellen beider Augen *beide* Pupillen keinerlei Grössenveränderung, so ist unbedingt die Prüfung der accomodativen Reaction anzuschliessen. Fehlt letztere

ebenfalls — trotzdem das Accommodations- und Convergenzvermögen erhalten ist —, so handelt es sich um:

III a. (*absolute*) *Starre beider Pupillen.*

Reagirt eine Pupille (A) accommodativ, die andere B, nicht, so haben wir:

III b. *reflectorische Starre von A, absolute Starre von B, oder:*

III c. *absolute Starre der Pupille B, verbunden mit Reflextaubheit beider Augen.*)*

Ist endlich beiderseits, bei Mangel der Lichtreaction, die Convergenzreaction erhalten, so haben wir zu unterscheiden zwischen

III d. *reflectorischer Starre beider Pupillen und*

III e. *Reflextaubheit beider Augen (Retinae), oder aber, wenn dies unmöglich erscheint, uns mit einfacher Aufzählung der Symptome: „bds. mangelnde Lichtreaction bei erhaltener accomm. Reaction“ (Robertson's Phänomen) zu begnügen.**)*

2. *Prüfung der Reflexempfindlichkeit der Augen.*

Die Prüfung der RE der Augen ist zum Theil schon mit der Prüfung der Beweglichkeit der Pupillen erledigt. Haben wir beim wechselnden Verdunkeln und Erhellen *beider* Augen normale Beweglichkeit, sei es beider Pupillen (I), sei es einer Pupille (II) constatirt, so wissen wir damit auch bereits, dass mindestens eines von beiden Augen die Fähigkeit besitzt, einen Lichtreiz aufzunehmen und den Reflexcentren zuzuleiten, d. h. also reflexempfindlich ist. Ob beiden Augen oder ob nur einem und event. welchem von beiden besagte Eigenschaft zukommt, das erfahren wir, indem wir nunmehr jedes Auge *einzel*n wechselnder Beleuchtung unterwerfen. Dabei werden wir, falls ein Auge *reflexempfindlich* ist, die Pupillen sich in ähnlicher oder gleicher Weise bewegen sehen, wie vorher bei Beschattung und Erhellung *beider* Augen; falls es *reflextaub* ist, werden wir jede Bewegung vermissen.

Erwiesen sich bei Prüfung der Beweglichkeit der Pupillen durch Verdunkeln und Erhellen *beider* Augen beide Pupillen als reactionslos (III), so wird es natürlich ein vergebliches Bemühen sein, durch Lichteinfall in's *einzelne* Auge eine Bewegung auslösen zu wollen. Der Diagnose *bds. Reflextaubheit* ist schon gedacht. Mit *bds. absoluter* und *reflectorischer* Pupillenstarre kann sich ein- und beiderseitige *Reflextaubheit* compliciren, den Beweis dafür werden wir in der Regel schuldig bleiben müssen.

II. *Deutung der Pupillensymptome.*

Störungen der Beweglichkeit der Pupillen sind immer auf Anomalien im Bereich der centrifugalen Pupillenfasern (Oculomotorius und Sympathicus), Störungen der RE sind immer auf Anomalien im Bereich der centripetalen Pupillenfasern zu beziehen.

*) Dieser Möglichkeit habe ich in meinem Aufsätze im Arch. f. Augenheilk. nicht gedacht. Das Symptomenbild könnte z. B. entstehen durch einen Tumor, der einerseits den N. oculomotorius der Seite B, andererseits beide Sehnerven, etwa im Chiasma, leistungsunfähig machte.

**) Vergl. d. Centralbl. Nro. 3.

Und reflectorische Starre? Ad huc sub judice lis est. Von den beiden, von mir*) mitgetheilten Fällen von einseitiger reflect. Starre würde der eine (Frau D.) ein Paradigma für die Rubrik II, b (einseitige reflect. Starre bei freier Beweglichkeit der anderen Pupille), der andere (Herr E.) ein solches für die Rubrik III, b (reflect. Starre der einen bei absoluter Starre der anderen) abgeben. In beiden lag zweifellos eine Parese des Pupillenastes des Oculomotorius der refl. Starre zu Grunde, letztere stellte also eine Beweglichkeitsstörung dar; und so ist es nach meiner Auffassung, in allen Fällen, auch von doppelseitiger refl. Pupillenstarre, wenn schon die bei weitem häufigste Ursache der letzteren, der Spasmus beider Rami pup. n. III., ihrerseits in der Regel durch einen Reizzustand in den *centripetalen* Pupillenfasern bedingt ist.

II.

Ueber die psychische und somatische Degeneration der Verbrecher.

Von Professor Dr. KIRN.

Vortrag**) gehalten im Verein Freiburger Aerzte den 1. März 1889.

Die Verbrecher-Anthropologie ist ganz neuen Datums. Sie erwuchs aus der Beobachtung, dass sich in allen Strafanstalten in mancher Hinsicht geistig eigenartige Individuen befinden, während die Irrenanstalten stets Kranke mit verbrecherischen Neigungen beherbergen.

Durch diese Thatsachen wurde man auf die Annahme einer Verwandtschaft zwischen beiden Kategorien von Menschen hingewiesen, welche man in einer *analogen geistigen und körperlichen Entwicklung* beider zu finden glaubte. Auf diesem Wege der Forschung kam endlich die italienische Schule so weit, beide Zustände bis zu einem gewissen Grade zu *identificiren*. An der Spitze dieser Schule steht Professor Lombroso in Turin, welcher in einem umfangreichen und geistvollen Werke, gestützt auf langjährige Forschung, unter Beizug aller Hilfswissenschaften, den Beweis zu erbringen gesucht hat, dass der *Gewohnheitsverbrecher ein geborener Verbrecher sei*, dem von Hause aus, sowohl in körperlicher als in geistiger Hinsicht, bestimmte Abweichungen von der Norm zu eigen seien, welche ihn nothwendig auf die verbrecherische Laufbahn führen müssten.

Ich werde zunächst in aller Kürze die wichtigsten Abweichungen von der gesunden Norm aufführen, welche die italienische Schule für die Verbrecher-Naturen charakteristisch hält, sowie die hieraus abgeleiteten

*) Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nro. 18.

**) Da die Lombroso'sche Ansicht über das in Rede stehende Thema schon wiederholt in unserm Blatte zu Worte gekommen ist — auch die heutige Nro. berichtet wieder über eine Arbeit im Sinne Lombroso's — sind wir dem Herrn Verf. besonders dankbar, dass er uns durch die Erlaubniss, seinen Vortrag aus den ärztl. Mitth. f. Baden Nro. 12 abzudrucken, Gelegenheit gegeben hat, einer sceptischeren und kritischeren Richtung auch einmal die gebührende Vertretung gewähren zu können.

Red.

Schlüsse wiedergeben, um hieran, gestützt auf eigene und fremde Beobachtungen, den Massstab der Kritik anzulegen.

Die gefundenen körperlichen Veränderungen (Stigmata degenerations) beziehen sich in erster Linie auf den *Schädel*, welcher folgende Abweichungen zeigen kann: Mikrokephalie (durch gleichmässige Verwachsung sämtlicher Nähte, zumeist schon im Fötalleben), Makrokephalie (durch Hydrocephalus externus), Assymetrie des Schädels, Klinokephalie (durch sattelförmige Einsenkung der Scheitelhöhe in Folge von Rachitis), Akro-Oxy-Kephalie — Spitz-, Thurm-, Zuckerhutkopf (durch vorzeitige Nahtverwachsung Zunahme der Höhe auf Kosten der Breite), Flachköpfigkeit (Zunahme der Breite auf Kosten der Höhe), Plagiokephalie (nierenartige Gestalt).

An die Anomalien des Schädels reihen sich naturgemäss die des *Gesichtes*, so namentlich das Vogelgesicht des Mikrokephalen, die Abplattung des oberen Theils des Gesichtes bei Spitzköpfen, Schiefstand und Abplattung der Nase, Vorsprung der Augenbrauenbögen und der Backenknochen, Assymetrie der Augenhöhlen, Schiefstand beider Zahnreihen, Missbildungen von Lippen und Gaumen, Progaenie (Vorstehen des Unterkiefers über den Oberkiefer), endlich die allermannigfaltigsten Verbindungen der Ohren.

Von den *Missbildungen am übrigen Körper* will ich nur erwähnen: Zwergen- und Riesenwuchs, Ungleichheit beider Thoraxhälften, Klumpfuss und Klumphanh, mancherlei Anomalien der Geschlechtstheile.

Die des Oefteren beobachteten *functionellen Störungen* bestehen in Abstumpfung der Sensibilität, namentlich in Analgesie, Mangel an Eröthen, Farbenblindheit, Linkshändigkeit, abnormem Geschlechtstrieb.

Indem ich mich nunmehr den *psychischen Anomalien* zuwende, so ist zu betonen, dass die *Intelligenz* nicht selten *schwach* oder wenigstens ungleich entwickelt ist; auch die im Allgemeinen gut Veranlagten sollen nach mancher Richtung hin auffällige Defecte zeigen. Vor Allem beobachtet man eine Abstumpfung des Gemüths bis zu voller *Gemüthslosigkeit*, eine sittliche Farbenblindheit, d. h. mangelndes Verständniss für die Unsittlichkeit des Verbrechen und deshalb Unfähigkeit zu Reue und Besserung, Unbeständigkeit und Wechsel der Gefühle, eine von *Jugend an bestehende Neigung zum Unmoralischen und Boshaften*.

Die italienische Schule steht nun nicht an, aus den geschilderten Beobachtungen folgende weit gehende Schlüsse abzuleiten:

1. *Das angeborene Verbrecherthum ist mit dem moralischen Irresein identisch*; denn beide Zustände zeigen die gleichen körperlichen Hemmungs- und Missbildungen, sowie die gleichen Abweichungen in Geist und Gemüth, welche zu unmoralischem Handeln führen. Beide Zustände sind zumeist angeboren und verschlimmern sich während der Pubertätszeit.

2. *Auch der Epileptiker steht dem Verbrecher und dem sittlich Schwachsinnigen sehr nahe*; denn man findet auch bei ihm analoge körperliche Degenerationszeichen und einen ähnlichen Geisteszustand, na-

mentlich ausserordentliche Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, tobtüchtige Aufregung, Neigung zum Stehlen etc.

Den Verbrechern, moralisch Gestörten und Epileptikern ist gemeinsam eine (vielfach ererbte) seit der Kindheit entwickelte Gemüthsverkehrtheit mit grundlosem Hassen, Mangel an Selbstbeherrschung, Widerstandsunfähigkeit gegenüber zahlreichen, mächtig auftretenden Impulsen.

Nehmen wir den mitgetheilten Beobachtungen und Schlüssen gegenüber, auf Grund eigener Beobachtung Stellung unter kritischer Verwerthung der vorliegenden Literatur, so kommen wir zu folgendem Ergebniss :

Zunächst kommen die geschilderten Zeichen somatischer und psychischer Degeneration wohl bei einer grossen Zahl, aber *keineswegs bei der Allgemeinheit* der Gewohnheitsverbrecher vor, sie haben desshalb nur einen relativen Werth.

Wohl aber lehrt die alltägliche Erfahrung im Gerichtssaal und im Strafhaus, dass nicht wenige als Verbrechen bestrafte Handlungen unter dem *Einflusse gewisser Anomalien der Gehirnthätigkeit* vollführt werden. In erster Linie kommen hier Schwachsinnszustände verschiedenen Grades, bald mehr intellectuellder, bald mehr sittlicher Art, in Betracht. Diese Zustände sind entweder angeboren (oft ererbt) und dann auf Hemmungs- und Missbildungen des Gehirns zu beziehen, oder erworben; es handelt sich dann namentlich um psychische Degeneration durch Alkoholismus, erlittene Kopftraumen, Epilepsie, chronische Cerebralerkrankung. Hiedurch ist also der Beweis erbracht, dass unter Umständen körperlich bedingte Anomalien zu einem verbrecherischen Leben führen können. Allein die beobachteten körperlichen und geistigen Degenerationszeichen weisen bei den einzelnen Individuen eine zu grosse Verschiedenheit und Mannigfaltigkeit auf, um eine besondere Eigenart feststellen zu können. Es handelt sich um weiter nichts, als um eine pathologische Inferiorität oder Perversität, d. h. eine Anzahl Gewohnheitsverbrecher steht auf einer *niedern geistigen Entwicklungsstufe*, andere zeigen eine *pathologische Eigenart*.

Ich komme nun zur Kritik der *positiven Einzelbefunde* :

Mit Recht wird grosses Gewicht auf *Schädel-Anomalien* gelegt, die in der That zuweilen bei Gewohnheitsverbrechern beobachtet werden. Allein diese Abweichungen in der Gestaltung oder in den Mass- und Grössenverhältnissen sind zu ungleichartig, als dass aus denselben eine auch nur einigermaßen charakteristische Form abgeleitet werden könnte. Zudem werden sie auch, wenn gleich seltener, bei Unbescholtenen beobachtet.

Ausgedehnte *Schädelmessungen* haben nur ergeben, dass man bei Gewohnheitsverbrechern in erster Linie mehr *abnorm kleine*, in zweiter mehr *abnorm grosse* Schädel, als bei Unbestraften, gefunden hat, woraus doch *nicht mehr* abgeleitet werden kann, als dass bei einer Anzahl Incriminirten eine *gewisse Disposition* zu abnormer Schädel- und eventuell auch Gehirnentwicklung vorhanden sei.

Die von einigen Autoren mitgetheilten *Abweichungen in der Bil-*

dung des Gehirns sind bis jetzt zu vereinzelt und unbestätigt geblieben, als dass aus ihnen weiter gehende Schlüsse abgeleitet werden könnten. Jedenfalls aber könnten solche keine andere Deutung beanspruchen, als einfach der Ausdruck einer *gehemmten oder abnormen Bildung* des Gehirns zu sein. Dagegen können die anderweitigen, postmortal aufgefundenen Veränderungen im Gehirn und seinen Häuten ebensowohl die *Folgen* einer mit der Verbrecherlaufbahn verknüpften *excedirenden Lebensweise* (Syphilis, Alkoholismus, Kopftrauma), als die *Ursachen* einer abnormen Geistesthätigkeit sein.

Was nun das für den geborenen Verbrecher als charakteristisch aufgestellte *psychische Symptomenbild* betrifft, so ist dasselbe in dieser Allgemeinheit keineswegs naturgetreu; es giebt eben keinen *einheitlichen* Verbrechertypus, sondern nur verschiedenartige geistige Anomalieen, die sich bei den Verbrechern in mannigfaltigster Weise combiniren. Als allgemein giltig darf wohl nur angenommen werden: der Durchschnitt der Gewohnheitsverbrecher steht unter dem mittleren geistigen Niveau der Menschheit im Allgemeinen; das Sittlichkeitsbewusstsein derselben ist abgestumpft, die Leidenschaftlichkeit erhöht. Allein müssen diese Züge nothwendig *angeboren* sein, können sie nicht auch durch mangelhafte oder schlechte Erziehung und gerade durch das verbrecherische Leben *erworben* sein?

Wenn nun weiter das angeborene Verbrecherthum geradezu mit dem *moralischen Irresein identificirt* wird, so muss gegen diese gefährliche These vor Allem bemerkt werden, dass letzterer Zustand, welcher zu definiren ist, als eine psychische Abschwächung, die mehr in sittlicher, als intellectueller Richtung hervortritt, und gleichsam instinctiv zu immoralischem Handeln antreibt, keine *selbständige Krankheit* darstellt, sondern nur einen *Symptomencomplex*, bald angeboren, in Verbindung mit anderen Erscheinungen mangelhafter Entwicklung, bald erworben und dann abhängig namentlich von epileptischen, paralytischen, alkoholischen und traumatischen Psychosen. Es ist also mit dieser Identificirung *nicht mehr* gewonnen, als dass ein Symptomencomplex, der bei den heterogensten Psychosen beobachtet wird, unter Umständen auch bei Verbrechernaturen in die Erscheinung treten kann. *Thatsächlich* finden wir auch in den Strafanstalten eine gewisse, aber nicht allzu grosse Zahl von Individuen, welche eine moralische Abschwächung zeigen, aber die Majorität der Verbrecher leidet entschieden nicht, wenn sie auch moralisch degenerirt sind, an diesen Krankheitssymptomen.

Noch weniger trifft die Analogie der *epileptischen Neurose* mit der Verbrechernatur zu. Epileptiker werden allerdings, wie bekannt, nicht selten gemüthszureizbar und intellektuell und moralisch schwachsinnig und deshalb widerstandslos gegenüber den Antrieben zu Verbrechen und des Verständnisses für dieselben beraubt; wir treffen sie deshalb nicht ganz selten in Strafanstalten; gewiss sind aber diese augenscheinlich schwer kranken Menschen von Verbrechernaturen total verschieden.

So komme ich, auf Grund meiner Beobachtungen und kritischen Erwägungen, zu dem Schlusse, dass ein *anthropologischer Verbrechertypus* entschieden nicht existirt, wohl aber, dass sich in den Strafan-

stalten nicht wenige, zum Theil durch ausgesprochene körperliche Hemmungs- und Missbildungen kenntliche, geistig un- oder fehlerhaft entwickelte, oder durch Krankheit psychisch degenerirte Individuen befinden. Auch mit dieser wesentlichen Einschränkung steht der Verbrecher-Anthropologie immer noch ein weites Feld der Thätigkeit offen.

III.

Ueber Chloralamid, ein neues Hypnoticum.

Von Prof. Dr. S. RABOW (Lausanne-Cery).

Im Anschluss an den dankenswerthen Vortrag, den Herr College Jastrowitz so eben im Verein für innere Medicin zu Berlin über die Behandlung der Schlaflosigkeit gehalten hat, möchte ich die Aufmerksamkeit auf ein noch ganz neues Hypnoticum lenken, das in mehr als einer Beziehung Beachtung verdient und in Zukunft wahrscheinlich vielfache Anwendung finden wird. Ich verdanke dasselbe der Freundlichkeit des Herrn Prof. v. Mering, auf dessen Veranlassung es von Schering in Berlin zu dem verhältnissmässig geringen Preise von 25 M. pro Kilo fabrikmässig hergestellt und in den Handel gebracht wird.

Das in Rede stehende Mittel ist das Chloralamid, eine Verbindung von Chloral und Formamid. Es hat die Formel C_2HCl_3O . $CHONH_2$ und stellt farb- und geruchlose Krystalle von schwachbitterm Geschmack dar, welche bei $115^\circ C$ schmelzen. Das Mittel löst sich langsam in 10 Theilen kalten Wassers und in $1\frac{1}{2}$ Theilen absoluten Alkoholes. Leichter löst es sich in warmem Wasser, dasselbe darf jedoch nicht höher als $60^\circ C$ temperirt sein, weil alsdann leichte Spaltung in die beiden Componenten statt findet. Durch schwache Säuren werden Lösungen desselben nicht verändert, dagegen werden sie durch Aetzalkalien und kohlensaure Alkalien zersetzt. — Zahlreiche Versuche an Thieren und Menschen haben ergeben, dass das Mittel in mässigen Dosen (1,0 – 4,0) Schlaf zu erzeugen vermag. Derselbe tritt nicht ganz so schnell wie nach Verabreichung von Chloralhydrat, doch weit schneller als nach Sulfonal ein. Ein ungünstiger Einfluss auf die Verdauungsorgane ist von mir noch niemals beobachtet worden. Bezüglich der Wirkung auf das Gefässsystem bin ich noch zu keinem abschliessenden Urtheil gelangt. Dieser Gegenstand muss noch weiteren Untersuchungen und Beobachtungen vorbehalten bleiben. Die zuweilen recht unbequeme und störende, lange andauernde Nachwirkung des Sulfonals kommt beim Chloralamid nicht vor. Seine verhältnissmässig leichte Löslichkeit ist gleichfalls eine beachtenswerthe Annehmlichkeit.

Was die Dosirung und Verabreichungsweise betrifft, so schwankten meine Gaben zwischen 1,0 und 4,0. Ich verabfolgte das Mittel in Pulverform, in Pulvern mit Oblaten, auch in Wein oder Bier. Es wurde besonders gern in Thee oder Glühwein genommen. Als ich bei einer Morgenvisite zu meiner Ueberraschung erfuhr, dass das Mittel, nach Verabreichung an 6 verschiedenen Personen nur in einem Falle gewirkt hatte, stellte sich bei weiterer Nachforschung heraus, dass der

Kranke, welcher geschlafen ein Pulver von 3,0 erhalten, während den übrigen Patienten in *kochendem Wasser gelöstes* Chloralamid vom Oberwärter gereicht worden war. Durch diese Procedur war die oben angedeutete Zersetzung des Mittels eingetreten und der Misserfolg zu erklären.

Nachdem ich das oben erwähnte Mittel zu einer Zeit, in der ich andauernd über mangelhaften Schlaf zu klagen, an mir selber erprobt hatte und mit der Wirkung von 1,0 schon recht zufrieden war, sah ich mich veranlasst, dasselbe auch bei zahlreichen Patienten der mir unterstellten Irrenabtheilung zu erproben. Es stellte sich hierbei heraus, dass Chloralformamid in etwas grösseren Dosen zu geben ist als Chloralhydrat und dass 3,0 von ersterem etwa der Wirkung von 2,0 Chloralhydrat entsprechen. Der Schlaf pflegte 25—30 Minuten nach Aufnahme des Mittels einzutreten und 6—8 Stunden anzudauern.

Als Beruhigungsmittel bei Tobstüchtigen oder sehr aufgeregten Kranken zeigte es sich in den Dosen von 3,0—4,0 ganz wirkungslos. Auch bei einem ruhigen schlaflosen Manne versagten einmal 3,0 Chloralformamid, während derselbe nach 2,0 Chloralhydrat vorzüglich schlief. Dagegen bewährte sich das neue Mittel in der grossen Mehrzahl der Fälle, in denen es sich um Schlaflosigkeit in Folge von Alkoholmissbrauch handelte, desgleichen bei der sogenannten nervösen Schlaflosigkeit, bei Neurasthenie, Hysterischen u. s. w. Bis heute verfüge ich über 52 Einzelbeobachtungen, unter denen nur wenige Misserfolge zu verzeichnen sind. Störende Nebenerscheinungen habe ich nicht kennen gelernt. Ob solche vorkommen, wird erst zahlreicheren Beobachtungen vorbehalten bleiben müssen. Jedenfalls können wir das neue Mittel schon jetzt als eine dankenswerthe Bereicherung unseres hypnotischen Arzneischatzes betrachten.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Verein für innere Medicin in Berlin.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 1. Juli 1889.

378) Jastrowitz: *Ueber Behandlung der Schlaflosigkeit.* (Schluss.)

Den wichtigsten Bestandtheil der symptomatischen Behandlung der Schlaflosigkeit bilden die Narcotica. Was zunächst den Alcohol und seine verschiedenen Darreichungsformen betrifft, so finden diese ihren Platz, wo neben der hypnotischen Wirkung eine excitirende bei Herzschwäche, eine antipyretische bei Fieber gesucht wird. Der Alcohol empfiehlt sich bei leichter Insomnie durch seine sorgenbrechenden Eigenschaften, dagegen ist er bei schwerer Agrypnie wirkungslos und bei Schlaflosigkeit Nervenkranker, bei denen eine morgendliche Exacerbation nervöser Erscheinungen statt hat, nicht günstig.

Dem Morphinum und Opium kommt neben der hypnotischen Wirkung eine tonisirende zu. Entsprechend ihrer physiologischen Eigen-

schaften wirken diese bei Angstzuständen unentbehrlichen Narkotika bei Gehirnämie besser als bei cerebraler Hyperämie. Bei Pneumonie, bei Herzschwäche sind sie mit Vorsicht zu gebrauchen; wenn man in der Kinderpraxis Opiate anwenden will, so zieht man das Morphinum dem Opium vor, welches letztere dagegen bei seniler Schlaflosigkeit, bei den durch Darmbeschwerden bewirkten Insomnien, bei Manie und Melancholie erfahrungsgemäss den Preis verdient. Narcein (Simon'sche Apotheke) führt in Dosen von 0,1—0,15 Schlaf herbei.

Chloral, dessen Contraindikationen bei epileptischen Zuständen, bei Hysterie, bei Herzaffektionen, bei Pneumonie, bei Verwachsung der Lunge bekannt sind, wirkt in Combination mit Morphinum bei Zuständen extremster Unruhe trefflich. Grosse Dosen von Chloral bei solchen zu geben, die keine Excitationszustände danach zeigen, ist nicht ungefährlich. Kachektische Personen dürfen von dem Mittel nicht lange Gebrauch machen.

Paraldehyd, das bei längerer Anwendung delirienartige Zustände ähnlich wie der Alcohol hervorbringt, ist beliebt bei Alkoholisten, bei Hysterischen, (schon wegen des schlechten Geruchs!) bei Icterus, bei Asthma cardiale, bei Herzaffektionen. Es wirkt bei heftiger Unruhe und Angst wenig, und darf, wo Hustenreiz besteht, nicht gegeben werden.

Amylenhydrat, dessen Vorzug bereits in seiner grossen Dosisenspannung liegt (0,8—7,0), beeinflusst freilich den Magen. J. sah nach längerem Gebrauche des Mittels Schwellungen der Hände und des Gesichts. Es scheint bei Hustenreiz wohl gereicht werden zu können. Ob es bei der Epilepsie nocturna so vortrefflich wirkt, wie Gürtler meint, ist dem Vortr. fraglich.

Sulfonal findet seine Stellung zunächst in seiner protrahirten Anwendungsmöglichkeit; freilich muss die Einschränkung gemacht werden, dass die langsame Ausscheidung des S. leicht eine Cumulation hervorbringt und S. bei längerem Gebrauch Taumel, Schwindel, Kopfdruck, leichte Bewegungshemmung (Sulfonalismus) erzeugt. Der cumulirenden Wirkung des S. beugt man vor, indem man es einige Tage lang aussetzt. Der Vorschlag Otto's, am Tage kleine Dosen S. ($\frac{1}{2}$ —1 Grm.) und Abends eine grössere zu reichen, findet in der langsamen Wirkungsweise seinen guten Grund. S. bringt einen dem physiologischen sehr nahe liegenden Schlaf hervor; es ist bei Chorea, bei Manie, bei motorischen Reizzuständen günstig, während es bei Schmerz und acuten Leiden keinen Platz findet. Nach v. Kraft-Ebing sollen kleine Dosen (0,5) bei Delirium tremens günstig wirken.

Rangirt man die Schlafmittel nach ihrer narkotischen Fähigkeit abgesehen von ihren schädlichen Eigenschaften, so ist die Reihenfolge: Morphinum, Chloral, Amylenhydrat, Paraldehyd, Sulfonal. Dagegen kann man die Rangordnung so gestalten: Chloral, Sulfonal, Amylenhydrat, Paraldehyd, Morphinum, wenn man die Mittel danach schätzt, wie sie in wenigst schädlichen Dosen einen dem natürlichen Schlaf sich am meisten annähernden erzeugen.

II. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Von Dr. M. Dreikurs in Wien.

Sitzung vom 7. Juni 1889.

379) Hofrath Prof. **Nothnagel** stellt eine Frau von einigen siebenzig Jahren vor, bei der vor etwa drei Jahren Kopfschmerzen rechterseits aufgetreten waren. Dieselben nahmen immer mehr zu und boten bald den Charakter einer Neuralgie im Gebiete des Trigemini. Später stellte sich auch Schielen ein, das aber bald verschwand; dann wurde der rechte Augapfel unbeweglich. Das Bild, das die Kranke jetzt darbietet, ist folgendes: das rechte Auge ist geschlossen, das rechte obere Augenlid ist ödematös, die rechte Wange geschwollen. Die Temperatur der rechten Gesichtshälfte ist in der Regel höher, als die der linken. In kurzen Intervallen traten heftige neuralgische Anfälle im Trigeminigebiete auf, die Schmerzen steigern sich von Zeit zu Zeit zum Bilde des Tic convulsiv. Im Gebiete des rechten facialis besteht ein bedeutender Grad von Anästhesie, die rechte Zungenhälfte und Mundschleimhaut ist ebenfalls anästhetisch, Anästhesia dolorosa. Die ganze Cornea und Conjunctiva ist anästhetisch; es besteht demnach totale Anästhesie des Trigemini.

Das rechte obere Lid ist gelähmt, es besteht vollständige Ptoxis; die Conjunctiva ist stark injicirt, dabei besteht Keratitis und Iritis. Der Abducens ist vollständig gelähmt, ebenso der Oculomotorius und der Trochlearis, Ophthalmoplegia completa, dazu eine Ophthalmia neuroparalytica, wie sie durch Durchschneidung des Trigemini hervorgerufen wird.

Es handelt sich in diesem Falle um eine einseitige Affection mehrerer Hirnnerven, die die Portio major Trigemini, den Abducens, Trochlearis und Oculomotorius umfasst, während die Portio minor und der Facialis intact ist. Es weist dies auf eine Affection an der Hirnbasis hin u. z. in der mittleren Schädelgrube. Da der Zustand mit Kopfschmerzen begonnen hat, so muss man zuerst an einen Tumor denken, für dessen Annahme weiter aber keine Anhaltspunkte vorliegen. Die lange Dauer der Erkrankung, ohne dass der Process sich weiter ausbreitete, spricht ebenfalls gegen diese Annahme. Wir müssen diesen Process in die Gegend des Sinus cavernosus lokalisiren. Wir haben es mit Gefässerscheinungen zu thun, welche nicht blos als vasomotorische Lähmung im Gebiete des Trigemini (Entzündung, Erhöhung der Temperatur), sondern auch als Stauung (Oedem der Lider) aufgefasst werden müssen, und wir werden dadurch zur *Diagnose der Sinusthrombose geführt*. Die Ursachen der Thrombose sind nicht ganz klar. Mit einer marantischen Thrombose haben wir es hier nicht zu thun, eher mit einer Phlebitis, welche zu diesen Erscheinungen geführt hat. Idiopathische Phlebitis ist sehr selten. Sie entsteht bei entzündlichen und Eiterungsprocessen im Gebiete der Schädelvenen. Solche waren hier nicht vorhanden. Man könnte eher glauben, dass es der Anfang einer Meningitis gewesen ist, die aus irgend welcher Ursache entstanden. Dieselbe hat sich an der Basis der mittleren Schädelgrube abgespielt und hat alle anderen Erscheinungen nach sich gezogen.

380) **Nothnagel** referirt ferner über einen Fall, den er im Februar vorgestellt hatte, einen jungen Mann, bei dem ein eigenthümlicher Symptomencomplex bestand, in Folge dessen ein *Tumor in der Vierhügelgegend mit Betheiligung des Thalamus opticus* diagnosticiert wurde. Es bestand cerebrales Schwanken und eine eigenthümliche Augenmuskellähmung; der Abducens linkerseits leicht paretisch, der Rectus inferior beiderseits vollständig gelähmt, der Rectus superior paretisch (Erkrankung der Corpora quadrigemina). Ausserdem bestand leichte Parese der Extremitäten und Ataxie, was auf eine Affection der inneren Kapsel bezogen wurde. Die willkürliche Innervation des Facialis war vollständig unversehrt, bei Affecten, Gemüthsbewegungen blieb aber die Innervation aus. In Folge dessen wurde auf eine Läsion des Thalamus opticus geschlossen. Bei der Section fand sich ein grosser Tuberkelknoten im Thalamus opticus, der einen starken Druck auf die Vierhügelgegend ausübte.

Meynert hat gefunden, dass die willkürlichen Innervationen auf den Bahnen des Hirnschenkelfusses gehen; ihre Projectionen finden sich in den Centralwindungen, und sie gelangen durch die Stabkranzfasern und die innere Kapsel in die Peripherie. Es gibt nun eine Gruppe von Fasern, die darin sich kennzeichnet, dass bei ihrer Zerstörung die willkürlichen Bewegungen erhalten sind, während die mimischen Bewegungen ausfallen. Umgekehrt können durch Zerstörung anderer Fasern die willkürlichen Bewegungen ausfallen und die mimischen erhalten bleiben. Im letzteren Falle, wenn die psychomotorischen Bahnen allein unterbrochen sind, während die Mimik besteht, kann man annehmen, dass der Thalamus opticus und die von ihm ausgehenden Stabkranzfasern unversehrt sind. Im ersten Falle ist der Thalamus opticus erkrankt. Dieses Symptom wird bestehen nicht nur bei Läsionen des Thalamus selbst und der von ihm ausgehenden Stabkranzfaserung nach der Rinde zu, sondern auch, wenn die Haubenbahnen weiter nach abwärts afficirt sind. — Die Eindrücke, welche auf dem ganzen Associationsgebiete der Rinde zusammenkommen und in die Peripherie laufen, müssen an einem bestimmten Punkte gesammelt und auf diesen Bahnen der Haube übertragen werden. Wo diese Stelle sitzt, wissen wir nicht. Man wird aber isolirte Herde in der Rinde finden müssen, durch deren Läsion dieses Bild der Facialislähmung erzeugt wird. Dasselbe gilt für die Innervation der Mimik, deren Bahnen auch in die Haube gehen.

381) Diskussion über den Vortrag des Dr. Frey: *Praktische Bedeutung der Hypnose*.

Stabsarzt Dr. Jauchen: Die Ungefährlichkeit der Hypnose muss entschieden bestritten werden. Die Gefahr liegt in der häufigen Wiederholung der Hypnose. Man darf aber keinen Vergleich ziehen mit Medicamenten, an die man sich nach längerem Gebrauche auch gewöhnt, wie Morphinum, Cocain; denn diese Mittel müssen in immer grösseren Dosen genommen werden, um überhaupt noch zu wirken, während bei der Hypnose immer geringere Einwirkungen ausreichen, die von belie-

bigen Personen ausgeübt werden können, zuletzt sogar von Kranken selbst.

Die Hypnose wirkt nicht einmal immer dort, wo man sich am meisten Erfolg von ihr verspricht, bei der Hysterie. Auch die von Dr. Frey angeführten Krankengeschichten sind nicht vollständig richtig. So wurde ein Fall als geheilt angeführt, den J. acht Tage später wieder in Behandlung bekam.

Es muss daher die Hypnose noch weiter Gegenstand der Studien bleiben, bis es gelingt, durch Feststellung bestimmter Indicationen und Versuchsmassregeln ihr ein grösseres Interesse abzugewinnen.

Dr. Frey bemerkt, dass er die Hypnose durchaus nicht als Panacee betrachten wolle und dass er ausdrücklich angegeben habe, dass er dieselbe nur dann angewendet habe, wenn er mit anderen Mitteln nicht mehr ausgekommen ist.

Prof. Winternitz betrachtet es schon als einen Fortschritt, dass über die Hypnose überhaupt schon diskutiert wird. Die Gefahren der Suggestion scheinen doch nicht so gross zu sein; im menschlichen Leben ist man ja fortwährend Suggestionen unterworfen; durch die Hypnose ist die Einwirkung der Hypnose nur eine stärkere. Dass die Suggestion nicht sofortige und dauernde Heilung hervorruft, ist kein begründeter Vorwurf; denn von jeder anderen Therapie gilt dasselbe. W. hat aber sehr viele Fälle von gutem Erfolge der Suggestion gesehen, besonders aber pädagogische und moralische Effecte. Es wurden Gewohnheitstrinker zu Temperenzlern, Onanisten besserten sich, Enuresis nocturna schwand. Der suggerirte Schlaf ist nicht schlechter, als der natürliche, und dem vom Morphinum herbeigeführten vielleicht vorzuziehen. Im Ganzen zusammengefasst ist die Suggestion eine symptomatische Therapie und soll als solche nicht vernachlässigt werden.

Assistent Dr. Anton hebt die Nachtheile der Hypnose hervor. Die Patienten werden jeder Suggestion unterworfen. Das Mittel, durch Suggestion die Individuen von anderen Personen als vom Arzte unabhängig zu machen, ist auch nicht sehr empfehlenswerth, denn man erreicht dadurch nicht die gewünschte Wiederherstellung der psychischen Norm, es geht vielmehr der Kranke für lange Zeit seiner psychischen Selbstständigkeit verloren. Dass die angeführten Versuche nicht einwurfsfrei sind, hat Stabsarzt Dr. Janchen nachgewiesen.

Prof. Meynert: Von deutschen Autoren ist die Frage der Hypnose schon als spruchreif behandelt worden. Seeligmüller zieht die Schädlichkeit der Hypnose nicht in Zweifel. Strümpell, ein Anhänger Charcot's, sagt, dass die Heilungen durch die Hypnose auf derselben Basis beruhen, wie die Heilungen durch das Wasser von Lourdes. Die Hypnose hat nebstdem den Nachtheil, dass sie einen abnormen geistigen Zustand herbeiführt und einen Zustand, der gebessert werden soll, nur verschlechtert. Leichte hysterische Erkrankungen sind zu den allerschwersten Symptomen gesteigert worden. Auf M. macht das ganze hypnotische Wesen einen abgeschmackten Eindruck. Wenn Kranke davon sprechen, dass sie vom Arzte von einer schweren Krankheit befreit worden sind, dann zeigen sie ihre Dankbarkeit, aber

in anständiger Weise, nicht so exaltirt, wie die Hypnotisirten, mit Augenaufschlagen und Verdrehen der Züge. Es ist dies die Folge der Euphorie, die sich als Einwirkung der Hysterie kund gibt; die einfachen Impulse der subcorticalen Centren treten am meisten hervor, wenn die corticalen Leistungen, das Bewusstsein, herabgesetzt sind. Es grenzt die Hypnose an den acuten Wahnsinn, man hat sie eine artificielle Form desselben genannt, bei der eben die subcorticalen Reize bedeutend gesteigert sind. — Von Heilung kann man bei der Hypnose nicht sprechen; denn es ist ja von der gegnerischen Seite zugegeben worden, dass die Suggestion nur symptomatisch wirkt. Aber indem man sich ganz auf symptomatische Behandlung beschränkt und von derselben das einzige Heil erwartet, zeigt man, dass man den Gesamtüberblick über das ganze Krankheitsbild verloren hat, da man dieses in seine einzelnen Theile zerlegt, auf die man losgeht. Darin kann man nur eine Herabsetzung der ärztlichen Wissenschaft erblicken.

Eine Frage ist aber noch nicht gelöst, ob es überhaupt wünschenswerth sei, sich der Hypnose zu bedienen oder nicht.

III. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.

Von Dr. Karl Schaffer in Budapest.

Sitzung vom 8. Juni 1889.

382) Prof. **Laufenauer** stellt eine *castrirte Hysteroepileptische* vor.

Es bestand bei dem Mädchen seit längerer Zeit sensitive und sensorielle Anästhesie der linken Seite; intercurrente Monoplegien, Singultus. — Nachdem die Kranke erfuhr, dass eine ihrer ehemaligen Krankengenossinnen von derselben Krankheit durch „Operation“ (wie sie sich selbst ausdrückte) befreit wurde, so bestand sie hartnäckig auf derselben, welche auf der Klinik des Prof. Tauffer, von Herrn Assistenten Dr. Velits ausgeführt wurde. Am 2. Tage nach der Operation schwand bereits die Anästhesie; am 8. Tage zeigte sich ein kataleptischer Zustand; hysteroepilept. Anfälle erschienen aber gar nicht. Die Pupillendifferenz, die Hyperästhesie des linken Acusticus, der Tremor der Zunge und Hände bestehen noch. Das Resultat ist immerhin höchst bemerkenswerth, auf welches die Suggestion d. h. die Ueberzeugung der Krauken durch Operation befreit zu werden, einen Einfluss hatte.

Hierauf bemerkt Nik. Dubay, dass er die vorgestellte Kranke nicht für geheilt betrachte, und die Besserung ihres Zustandes auch nicht der Castration sondern jener mächtigen Suggestion zuschreibt, welche die Castration auf sie ausübte.

Prof. Laufenauer replicirt hierauf, dass er den Einfluss der Suggestion in seinen Worten doch hervorhob, dass er es jedoch nicht für richtig halte die Besserung ausschliesslich der Suggestion zuzuschreiben.

383) Weiterhin demonstirt Prof. **Laufenauer** einen Fall der *hysterischen Monoplegie*.

Der 10 jährige Knabe litt zu sieben Jahren an nervösen Zuständen, hatte auch Hystero-epilepsie, die scheinbar schwand. Im Oktober

v. J. zeigte sich eine derartige Lähmung des rechten Fusses, dass er kaum gehen konnte. Das Sehfeld des rechten Auges concentrisch eingeengt, die Reflexe an der linken Unterextremität vermindert, die Westphal'sche paradoxe Contraction vorhanden. Die farado-galvanische Erregbarkeit vermindert. Therapie besteht in Massage und Faradisation. Die Besserung ist bereits bedeutend, und alles weist darauf hin, dass Patient genesen wird.

384) Schliesslich stellt Prof. **Laufenauer** einen Fall des *hysterischen petit mal* vor.

Bei dem 10 jährigen Mädchen zeigen sich die Anfälle 20—30 mal des Tages; der Anfall ist blitzähnlich, der Kopf wird plötzlich zur Brust genähert, in den Oberextremitäten treten klonische Zuckungen auf, die Pupillen erweitern sich. Bemerkenswerth ist der Typus der Anfälle: dieselben nehmen von Fröh gegen Mittag an Zahl ab, von Mittag gegen Abend aber zu. Bei solchen Kranken könne man am meisten mittelst Suggestion und Hypnose eine Genesung erzielen; da dieselben aber bisher nicht angewendet wurden, so kann Vortragender auch keine wesentliche Besserung anmelden.

III. Referate und Kritiken.

385) **W. Roth** (Moscou): Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire. (Beitrag zur Symptomatologie der Syringomyelie.) (Archives de Neurologie 1887—1888 Nro. 42, 44, 47 et 48.)

Auf dem zweiten Congress russ. Aerzte in Moscou (Januar 1887) theilte Verf. zehn von ihm beobachtete Fälle mit, die als Syringomyelie aufzufassen waren und, damals noch nicht zum Abschluss gekommen, symptomatisch manches Interessante darboten. Verf. fand vier Reihen von Erscheinungen dabei 1) Analgesie und thermische Anaesthesie allein oder zusammen, 2) subjective Störungen der Sensibilität, 3) motorische 4) vasomotorische, trophische Störungen.

ad 1). Thermische Anaesthesie bei erhaltenem Ortssinn und tactiler Sensibilität war in allen zehn Fällen vorhanden. In zwei Fällen war während 6 resp. 13 Jahren die übrige Sensib. intakt, in einem dritten Falle trat nach viel längerer Zeit erst eine circumscribte Analgesie und eine tactile Anaesthesie der einen Hand hinzu, in den 7 übrigen Fällen war die therm. Anaesthesie von einer Analgesie begleitet. Die Bezirke beider fielen in zwei Fällen zusammen, während dieselben in den übrigen Fällen nur theilweise oder gar nicht zusammenfielen. Im Allg. war der Bezirk der therm. Anaesthesie immer grösser als der der unteren Sensibilitätsstörungen. Die therm. Anaesthesie war Anfangs meist beschränkt, um allmählich auf die ganze Körperoberfläche überzugehen. Sie trat auf nach cerebralem, spinalem, peripherischem Typus im Anfang, zeigte jedoch immer noch besondere Abweichungen davon, war in symmetrischen oder meist unsymmetrischen

Bezirken vorhanden. Selten war eine complete therm. Anästhesie da und auch an verschiedenen Stellen gab es noch Unterschiede. Auch qualitative Unterschiede in der Wärmeempfindung waren in den einzelnen Fällen zu beobachten. Die Analgesie folgte sonst ähnlichen Gesetzen wie die therm. Anaesthesia. Sie trat niemals allein ohne die letztere auf.

Störungen der taktilen Sensib., des Druck- und Ortssinnes wurden auch beobachtet, dagegen war der Muskelsinn stets intakt, da die Fälle noch in frühen Stadien waren (alleinige Affektion der grauen, noch nicht der weissen Substanz).

ad 2). In allen Fällen traten zeitweise auf: Paraesthesien, Kälte und Hitze bis zu Schmerzgefühl in der Haut, auch in den Muskeln, ferner neuralgische Schmerzen.

ad 3). Häufig waren vasomotor. Störungen in der Haut: 2 mal *homme autographique*, Schweiße besonders in den anästhet. Bezirken. In der Hälfte der Fälle fanden sich Veränderungen der Haut und des Netzhautzellgewebes: Verdickungen, Eczeme, Phlegmone, teigige Infiltration des Unterhautzellgewebes. Panaritium und Phlegmone waren überhaupt häufig früher vorausgegangen. Auch Affectionen tiefer liegender Gebilde kamen zur Beobachtung (Sehnen, Gelenken, Knochen, Frakturen). Häufig war eine langsam fortschreitende Atrophie der Muskulatur vorhanden.

ad. 4) Die paretischen Erscheinungen, welche sich auf die oberen Extrem. erstreckten, überwogen gewöhnlich die atrophischen; im Ganzen gewannen beide selten eine bedeutende Ausdehnung. Manchmal waren nur geringe Störungen bei der Schrift, manchmal eine Scoliose, manchmal bedeutende Veränderungen in der Stellung der einzelnen Glieder die Folge dieser Zustände. Anfangs war gewöhnlich Muskelatrophie und Schwäche in derselben Gegend wie Anästhesie. Später kann ein entgegengesetztes Verhalten Platz greifen. Weitere motor. Störungen traten ein bei Ausdehnung des Processes auf die weisse Substanz, worauf Verf. nicht weiter eingeht. Ungleichheit der Pupillen wurde in 2 Fällen beobachtet. Bei Betheiligung der Hände an den muskulären Störungen war häufig konvulsives Zittern der einzelnen Muskeln des Vorderarmes und der Hand, fibrilläre Zuckungen selten. Sehnenreflexe waren je nach dem Sitz des patholog. Processes verändert. Psychisch häufig hypochondrische Stimmung.

Von allen Symptomen ist die Thermanästhesie gewöhnlich das erste, dann die subjectiven und die Analgesie oder die motor. und trophischen Störungen. Manchmal vergehen Jahre oder der Tod tritt ein, ohne dass sich noch andere Erscheinungen einstellen. Unter den 10 Fällen waren 3 mal mehr Männer als Frauen; einer war bei Beginn des Leidens 11, ein anderer 49 Jahre, 5 zwischen 17 und 25 Jahren. Eine bestimmte Ursache war nicht nachzuweisen. Bezüglich weiterer Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Otto.

387) **Henschen** (Upsala): Uebersicht über die Lehre von der Localisation in der Hirnrinde. (Vortrag auf der Aerzteversammlung in Norköping. Nord. Medic. Arkiv XX. Nro. 24.)

Verf. betont in längerer historischer Einleitung den fast ausschliesslichen Werth pathologischer Beobachtungen am Menschen für die Localisationsfrage. Darnach findet sich das Sehcentrum wahrscheinlich um die fiss. calcarina; H. theilt dabei einen eigenen Fall mit, wo linksseitige Hallucinationen bei Veränderungen im rechten Cnneus auftraten, neben linksseitiger Hemianopsie, aus dem er schliesst, dass Hallucinationen anderswo als in dem hier erweichten Sehcentrum zu Stande kommen müssen. Das Hörcentrum findet H. im ersten Schläfengyrus, und lässt Worttaubheit durch Zerstörung des hinteren Theils desselben entstehen.

An einer Reihe von Präparaten zeigt H., dass bei Läsionen, die nach vorn oder hinten um die Centralwindungen liegen, keine Lähmung eintritt. Für bilaterale Muskelgruppen, die gewöhnlich paarig oder doch beiderseitig gleich functioniren, besonders also das Facialisgebiet, nimmt H. an, dass nach Laesion eines Rindenfeldes das der anderen Seite die bilaterale Innervation übernimmt, so dass z. B. nach einer Hemiplegie zunächst die Facialislähmung zurückgeht; aus demselben Grunde würden auch die bei Hemiplegien häufigen, aber bald verschwindenden Larynx-Paralysen so häufig übersehen. In Folge der bilateralen Innervation verschwänden auch durch Rindenläsionen bedingte Sensibilitätsstörungen bald, wenn die capsula interna frei bleibt.

Für die Aphasie deducirt H. aus zahlreichen eigenen Beobachtungen, dass Läsionen von F.³ Aphemie verursachen, solche von F.² wahrscheinlich Agraphie, von T.¹ Worttaubheit, und von P.² Wortblindheit, sowie dass amnestische Aphasie eine Folge geringfügiger Läsionen von F.³, T.¹ oder P.² ist, jenachdem der Patient für seine Sprache mehr von seinem Laut-, als seinem Bildgedächtniss abhängt.

Schliesslich vermuthet H., dass die unmittelbar percipirenden Centren nicht mit den Vorstellungscentren, dem Stapelplatz der Erinnerungsspuren, congruiren.

Kurella.

386) **Loye** (Paris): La mort par la décapitation. (Tod durch Enthauptung.) (Paris 1888. 285 S.)

Loye hat in interessanter, für eine wissenschaftliche Arbeit nach unseren Anschauungen vielleicht etwas zu feuilletonistischer Weise, die Ergebnisse einer Reihe eigener Experimente über den Mechanismus des Todes durch Enthaupten, und über die am getrennten Kopf noch nachweisbaren Lebens- speciell aber Empfindungs- und Bewusstseinserscheinungen dargestellt, unter reichlicher Benützung der vielfachen Legenden und Beobachtungen, die über diese Probleme während der Blüthezeit der Guillotine sich angesammelt haben.

Das Buch enthält eine grosse Anzahl von Einzelbeobachtungen, die auch neurologisch interessant sind, und das mag ein etwas längeres Verweilen bei demselben motiviren. Den Ausgangspunkt bildet für Loye die in der Schreckenszeit der Revolution häufig aufgestellt, n. a. auch von Sömmerring vertheidigte Behauptung, ein guillotinirter

Kopf wäre sich seiner desperaten Situation längere Zeit bewusst, und empfände daneben Schmerzen, die der Ausdehnung der Verletzung proportional wären. Eine solche Annahme wäre nur unter der Bedingung gestattet, dass sich mimische und secretorische Erscheinungen am Enthaupteten finden, wie sie für gewöhnlich Angst und Schmerz begleiten, und wenn sich nachweisen liesse, dass solche etwa vorhandenen Erscheinungen von Bewusstsein begleitet sind. L.oye hat für diese Untersuchungen mehrere Hunde in der Höhe des dritten Halswirbels mit einer Art kleiner Guillotine decapitirt. Im Moment der Durchtrennung öffneten sich stets die Kiefer wie in tiefer Inspiration, die Zunge liegt, unter minimalen Bewegungen fest am Mundboden, die Augenlider sind geschlossen, öffnen sich aber sehr schnell und lassen lebhaft Rotationsbewegungen der Bulbi erkennen; die Pupillen sind verengt; zugleich nähert sich die Kiefer mit grosser Kraft, alle Muskeln des Facialis-Gebiets zeigen schnelle Convulsionen, die Lippen-Winkel verzerren sich, die Lippen und Nasenflügel zittern, die Ohren werden gespitzt, es entsteht der Ausdruck intensivsten Schmerzes und furchtbarer Angst.

Der Corneal-Reflex bleibt gleichzeitig bestehen, aber nur bei Berührung der Cornea nicht bei Annäherung eines Objects ans Auge. Auf lautes in die Ohren schreien, beim Kneifen der Zunge erfolgt keine Reaction; die Pupillen werden bei Lichtreiz noch enger. Diese erste Phase dauert etwa 10 Secunden, in den nächsten 5—10 Secunden tritt bei erhaltener Pupillen-Reaction eine gewisse Ruhe ein; die Kiefer bleiben aufeinander, die Augen offen und unbeweglich. Nach dieser Zeit öffnen und schliessen die Kiefer sich unmittelbar nacheinander, die Nasenlöcher verengen und öffnen sich schnell, und diese an Gähnen erinnernden Bewegungen wiederholen sich mit abnehmender Geschwindigkeit etwa zwölfmal binnen anderthalb Minuten; der Corneal-reflex ist 30 Secunden nach der Enthauptung, wenn die letztbeschriebenen Bewegungen am lebhaftesten sind, erloschen, ebenso die Pupillar-reflexe, die Cornea verliert gleichzeitig ihren Glanz; die Kopfmuskulatur bleibt nun ganz bewegungslos bis zum Eintritt der Todtenstarre. Die elektrische Erregung des centralen Stumpfs vom Halsmark bleibt jederzeit erfolglos.

Genau dieselben Erscheinungen von Seiten der Kopfmuskulatur hat L. nun erhalten, wenn er die Enthauptung in tiefster Chloroform-narcose, zu der er manchmal grosse Dosen anderer Narcotica (Atropin etc.) fügte, vornahm.

Da nun bei Enthauptung in der Narcose die Reflexe fehlten, während die spontanen Muskelcontractionen blieben, ist auch die Annahme widerlegt, es wären die letzteren Zeichen des Erwachens aus der Narcose in Folge des Traumas; beim Erwachen aus der Chloroform-narcose treten ja erst die Reflexe dann erst spontane Muskelcontractionen auf.

Die beschriebenen Muskelactionen erklärt L. nun aus der Asphyxie des Gehirns, das Blut kann ja vom Moment der Durchtrennung an sich nicht mehr oxydiren, und die Gefässe werden zudem rapide blutleer.

Die Asphyxie ist übrigens nach L. nicht die einzige Todesursache, vielmehr kommt dazu die bei Durchtrennung des Halsmarks gegebene intensive Hemmung; sie genügt allein, wenn die Gefässe geschont werden, um sofort das Bewusstsein und sehr bald das Leben zu zerstören. Auf die am decapitirten Rumpf von L. studirten Erscheinungen können wir hier nicht weiter eingehen.

Beim Menschen kommt es nach der Enthauptung bis auf wenige fibrilläre Zuckungen, absolut nicht zu motorischen Erscheinungen; L. erklärt das durch die Hemmungswirkung des Shock; auch Hunde bleiben absolut regungslos, wenn der Kopf im Niveau des „noeud vital“ abgetrennt wird.

L. schliesst, dass die Enthauptung sicherer und schneller, als jedes andere Mittel, das psychische Leben endet. Kurella.

388) Blanche A. Edwards: De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses. (Die Hemiplegie bei einzelnen Nervenkrankheiten.)

(Publication du Progrès médical. Paris 1889.)

Die auf Veranlassung Charcot's und mit Benutzung des Materials seiner Klinik geschriebene Arbeit bespricht das Vorkommen der Hemiplegie bei Tabes, multipler Sclerose, Hysterie und Paralysis agitans mit besonderer Berücksichtigung der Differenzialdiagnose und enthält zu gleicher Zeit die Ansichten und Lehren jenes berühmten Professors hinsichtlich der genannten Zustände. Nachdem die Verfasserin eine kurze Definition des Begriffes Hemiplegie gegeben, behandelt sie im ersten Capitel jene bei Tabes dorsalis zur Beobachtung kommende halbseitige Lähmung. Es werden 26 Fälle von Tabes mit Hemiplegie mitgetheilt; 6 davon sind neu, 5 von den Verf. selber beobachtet, letztere sind ausführlich beschrieben und zum Theil mit Abbildungen versehen, während die übrigen, diese grösstentheils schon an anderen Orten veröffentlicht sind, nur in ihren Hauptzügen charakterisirt werden. Die Hemiplegie kommt bei Tabes ziemlich häufig vor, sie tritt in transitorischer oder in Form dauernder Lähmung auf; sie recidivirt häufig entweder auf derselben oder auf der entgegengesetzten Seite. Sie ist im Allgemeinen mit Lähmungen anderer Muskelgruppen, der Augen wie des Gesichts complicirt. Die permanente Lähmung kann sich plötzlich unter dem Bilde des apoplectischen Insults oder allmählich entwickeln. Die Motilität kann allein betroffen sein, doch ist gewöhnlich auch stark ausgesprochene Anaesthesie der gelähmten Seite vorhanden; die Hemianalgesie ist oft beträchtlicher als die Hemiparese und zuweilen von sensorieller Anästhesie derselben Seite begleitet.

Ist die Lähmung eine schlaffe oder hat sich die secundäre Contractur auf der gelähmten Seite entwickelt, so sind die Reflexe der gelähmten Seite stets erloschen, häufig auch die der nicht gelähmten Seite, ein Symptom, das Westphal schon beobachtete und welches für die Aetiologie dieser Hemiplegie charakteristisch ist; denn das Erlöschen der Reflexe auf der gelähmten Seite kann, sobald das comatöse Stadium vorüber ist, nur auf Tabes bezogen werden.

Aphasie kann die tabetische Hemiplegie ebenfalls compliciren,

sie ist häufig bei rechtsseitiger, kommt aber auch bei linksseitiger Lähmung vor.

Der Beginn der Hemiplegie kann verschieden sein. Stęcéwicz hat in seiner Arbeit 4 Hauptformen aufgestellt: Einfacher Schwindel ohne Bewusstseinsverlust und ohne Lähmung, apoplectischer Insult mit Bewusstseinsverlust und mit Lähmung; Tödlicher Insult. Verf. möchte hinter die dritte Form noch „einfache Lähmung ohne ictus apoplecticus“ einschieben. Bei der Frage nach der Entstehung der Hemiplegie geht Verfasserin die verschiedenen Meinungen der Autoren durch; sie verwirft die Ansicht Fournier's hinsichtlich des syphilitischen Ursprunges der Hemiplegie; denn Verf. konnte bei ihren Kranken durchaus keine luetischen Antecedentien nachweisen, wenigstens wurde von 4 jede Infection strikte in Abrede gestellt, bei zweien war sie zweifelhaft. Auch die Ansicht Vulpia'n's der die bei Tabes vorkommenden passageren paraplegischen und hemiplegischen Erscheinungen auf Rechnung der die Tabes begleitenden Hysterie setzt, kann Verf. nicht anerkennen, selbst wenn es sich dabei um Lähmungen handelt, die zu gleicher Zeit sensible und sensorielle Hemiplegie darbieten. Das Verhalten der Reflexe giebt hier in diesen Fällen den Ausschlag, die bei der Hysterie erhalten bei Tabes dagegen erloschen sind.

Schliesslich wird noch die Erklärung von Pierret erwähnt, der die Hemiplegie bei Tabes von atrophischen Zonen in der hinteren Gegend des Gehirns ableitete. Die von diesen hinteren Gegenden ausgehenden Erregungen können durch Inhibition oder Excitation auf die psychomotorischen Centren wirken, woraus die Möglichkeit plötzlicher Hemiplegien, der transitorischen, der mehr oder weniger regelmässigen spastischen Zustände, der epileptiformen und apoplectiformen Anfälle sich erklären liesse.

Das Capitel, welches die bei der multiplen Sclerose vorkommende Hemiplegie behandelt, enthält 3 eigene und 7 schon an anderen Orten veröffentlichte Beobachtungen. Die Hemiplegie ist bei Sclerose sehr häufig, nach Charcot kommt sie in ein Fünftel der Fälle vor. Zuweilen macht sie dieselben Symptome wie die nach Erweichungen auftretende Hemiplegie und erst die Autopsie berichtigt die Diagnose; gewöhnlich handelt es sich um eine halbseitige Lähmung mit brüskem Beginn, eine apoplectiforme oder um eine allmählig sich entwickelnde, die die Motilität der Glieder einer Seite aufhebt, selten die Sensibilität, und sich mit facialer halbseitiger Lähmung und Aphasie complicit, doch können die letzteren Erscheinungen fehlen. Der apoplectiforme Beginn geht mit einer Temperatur- und Pulssteigerung einher; die erstere erhebt sich auf 38,5—39,0 wenn es sich um Sclerose handelt, ein nach Charcot wichtiges Symptom, während bei einer Hirnblutung die Temperatur im Beginn oder doch wenigstens während 24 Stunden unter der Norm bleibt. Der Verlauf ist wechselnd; der apoplectiforme Anfall kann mit schnellem Tod endigen, oder die Hemiplegie bildet sich aus, verschwindet später oder schreitet allmählig vorwärts.

Wichtig ist das Alter der Betroffenen; es handelt sich grösstentheils um junge Leute im Anfang, Mitte oder Ende der zwanziger

Jahre, wenn die erste Attaque einsetzt; andererseits macht diese Altersfrage, die freilich eine Herdläsion ausschliessen lässt, die Verwechslung mit hysterischer Hemiplegie wahrscheinlich.

Mit der bei *Tabes* vorkommenden Hemiplegie hat, die bei Sclerose sich einstellende gemeinsam die Flüchtigkeit der Erscheinungen, welche letztere Monate, Wochen, einige Tage, ja selbst einige Stunden dauern können. In manchen Fällen dauern sie länger, so einmal 4 Jahre, und verschwinden dann, ohne Spuren zu hinterlassen. Characteristisch für die Sclerose sind die Remissionen, die einige Monate bis Jahre dauern können. Wie bei *Tabes* treten auch bei der Sclerose die Hemiplegien in Wiederholung auf. Auch Lähmungen anderer Muskelgruppen — der Augenmuskeln — finden sich, namentlich treten bei der Sclerose isolirte Lähmungen einer Gruppe, Strabismus internus, Ptosis wie bei der *Tabes* auf; häufiger ist Nystagmus vorhanden und selten fehlt der Intentionstremor.

Aphasie ist ein häufiges Symptom der Hemiplegie bei Sclerose; sie ist sehr flüchtig und das ist für sie characteristisch, sie verschwindet ebenso plötzlich wie sie gekommen nach wenigen Tagen und macht dann der scandirenden Sprache Platz.

Im Allgemeinen lassen der schnelle Wechsel der Lähmungsercheinungen, ihre häufige Wiederkehr, die gleichzeitige Lähmung der Augen — oder einzelner anderer Muskelgruppen, das Alter des Kranken an eine nervöse Natur der Hemiplegie denken; die schnell auftretende in der Ruhe verschwindende spastische Contractur, die nur bei intensirten Bewegungen wieder auftritt, die Steigerung der Reflexe und die spinale Epilepsie, der Nystagmus, die transitorische Aphasie, die scandirende Sprache, ferner das eigenthümliche Verhalten der Puls- und Temperaturverhältnisse bei apoplectiformen Anfällen geben über Prognose und Aetiology der Erscheinungen die besten Aufschlüsse.

Hemiplegie bei Hysterie. 3 eigene Beobachtungen, von denen die erste ausser der Hemiplegie, Schlafzustände und Mutismus darbietet; die zweite ist eine traumatische Hemiplegie mit Spasme glosso-labié, während die dritte als Typus der bei Alcoholicen vorkommenden Hysterie angesehen werden kann.

Die Hemiplegie ist sehr häufig bei Hysterie und schon lange bekannt als solche. Der Kranke wird plötzlich nach einem apoplectiformen Anfall zuweilen auch nach einer epileptiformen Krise, die häufig von einem das Coma vortäuschenden Schläfe gefolgt ist, von einer motorischen Lähmung der Extremitäten einer Körperseite befallen. Diese Lähmung kann complet oder incomplet sein, an beiden Gliedern gleich stark oder das eine ist stärker befallen als das andere. Sie kann jahrelang persistiren, verschwindet aber in einigen Fällen schon nach wenigen Stunden; schliesslich kann sie sich auch nur an einem Gliede entwickeln und dort lange bestehen bleiben wie bei der traumatischen Monoplegie. Die Aehnlichkeit mit der organischen Hemiplegie wird noch vermehrt, wenn Aphasie besteht; namentlich aber dann, wenn die scheinbare Lähmung einer Gesichtshälfte hinzutritt. Die bei der hysterischen Hemiplegie stets vorhandene Anästhesie kann auch bei

Herdläsionen aber nur bei capsulären, wenn das Knie der inneren Kapsel durch eine ventriculäre Haemorrhagie alterirt ist, vorkommen, aber in diesen Fällen ist Contractur vorhanden und die hysterische Lähmung ist grösstentheils schlaff.

Die Lähmung braucht nicht plötzlich einzutreten, sie kann sich allmählig entwickeln, namentlich ist dies bei traumatischen Lähmungen der Fall; sie beginnt einige Tage nach dem Trauma mit dem Gefühl von Eingeschlafensein, dann folgt die Parese und schliesslich Paralyse der betreffenden Seite; der Beginn ist hier ähnlich wie bei der Erweichung, doch handelt es sich stets um schlaffe Lähmungen.

Die Hemiplegie kann plötzlich verschwinden in Folge eines Anfalls, wie sie gekommen, sie kann auch allmählig sich zurückbilden und in diesen Fällen verschwindet sie öfter aus einem Gliede, während sie im anderen noch lange persistiren kann. Bei Lähmungen der unteren Extremität zieht der Kranke das befallene Bein nach, indem die Fussspitze über den Boden hinstreicht, ein Verhalten, das von dem charakteristischen Gange bei der organischen Lähmung stark abweicht. Zuweilen findet sich Contractur; es kann auch ein Glied contracturirt, das andere schlaff sein, ein Phaenomen, das der Lähmung ein eigenthümliches Gepräge aufdrückt und sofort die Diagnose stellen lässt. Selbst die anscheinende Lähmung des Facialis beruht auf einer Contractur; häufig findet sich die Abweichung des Gesichts nach der entgegengesetzten Seite der gelähmten Glieder, was im ersten Augenblick eine alternirende Hemiplegie vortäuschen könnte, doch handelt es sich in diesen Fällen um den bekannten Spasme-glossolabii.

Die Sensibilität ist stets gestört, gewöhnlich unter der Form der Hemianästhesie, sie befällt aber im Gegensatz zu den centralen Hemiplegien den Stamm unter gleichen Bedingungen wie die Extremitäten, zuweilen auch umschriebene Stellen der entgegengesetzten Körperhälften, zuweilen lässt sie einen Theil der Glieder frei; ein Hautfleck aus der Vertheilung solcher freier wie anaesthetischer Stellen entspricht in keiner Weise dem Verlaufe eines Nerven. Die Anaesthesia ist hartnäckiger als die motorische Lähmung, sie ist dem Transfert unterworfen; gewöhnlich ist sie mit Analgesie und Verlust des Muskelsinnes verbunden jedoch nicht constant. Sensorielle Anästhesie kommt häufig vor, entweder aller Sinne einer Seite oder mit Auswahl, zuweilen ist sie auch gekreuzt. Am häufigsten werden Gesichtsfeldbeschränkungen beobachtet, eines der wichtigsten hysterischen Stigmata neben der Pharynxanästhesien; auch die sensorielle Anästhesie kann plötzlich nach einem Anfall, einer heftigen Erregung und auf Suggestion oder aber auch allmählig verschwinden, ohne Spuren zu hinterlassen.

Die Reflexe sind erhalten, zuweilen leicht gesteigert: Mutismus ist nicht selten. Was das Alter anbetrifft, so sind es grösstentheils jüngere Individuen, die von den Lähmungen befallen werden.

Der Verlauf ist verschieden, ohne Behandlung kann die Lähmung jahrelang persistiren, je später die Behandlung eintritt, um so weniger Chancen auf Erfolg sind vorhanden. Recidive sind häufig.

Mit der Hemiplegie bei Tabes und Sclerose hat die hysterische

halbseitige Lähmung gemeinsam die Veränderlichkeit der Symptome, das Verschwinden derselben ohne Folgen, die Recidive. Dazu treten noch das gleiche Alter der Individuen, die Erblichkeit, der alle Kranken der neuropathischen Familie angehören, sowie die Häufigkeit der Hemi-anästhesie, die wenn auch am häufigsten bei Hysterie doch noch bei Tabes und Sclerose vorkommen kann. Dagegen tritt sensorielle Anästhesie selten bei Sclerose, ausnahmsweise bei Tabes auf; die Augenstörungen, die bei den letztgenannten Affectionen Laesionen der Papille und Muskellähmungen betreffen, bestehen dagegen bei der Hysterie in transitorischen Störungen, Gesichtsfeldbeschränkung und Dyschromatopsie. Die Facialisbetheiligung ist bei tabetischer Hemiplegie sowie bei der Sclerose Folge einer wirklichen Lähmung, die niemals den Character des Hemispasme-glossolabii zeigt.

Die Aphasie ist bei beiden Affectionen eine wahre, während es sich bei der Hysterie um Mutismus handelt.

Das Verhalten der Reflexe ist ebenfalls wichtig für die unterschiedliche Diagnose, sie sind erloschen bei Tabes, sehr gesteigert bei Sclerose, die häufig spinale Epilepsie erkennen lässt, während sie bei Hysterie gewöhnlich nicht alterirt sind.

Es giebt indessen Fälle, in denen die Unterscheidung zwischen Sclerose und Hysterie schwierig ist und nur die Section entscheiden kann. Verf. theilt einen ähnlichen Fall mit.

Schliesslich lässt sich die Hysterie oft auf Intoxikationen, Blei, Alkohol, Quecksilber zurückführen und in diesen Fällen sind es grösstentheils Lähmungserscheinungen namentlich hemiplegische Symptome, durch welche sich die Hysterie verräth.

Die Paralysis agitans kann einseitig beginnen; die Starre der Glieder, ihre Schwebbeweglichkeit kann eine Hemiplegie vortäuschen namentlich wenn die eine Gesichtshälfte in Folge spastischer Contractur nach einer Seite verzogen ist und der Tremor erst im späteren Verlaufe auftritt. Der Verf. theilt 4 eigene Beobachtungen dieser Affection mit. Die Differentialdiagnose zwischen Hemiplegie und Paralysis agitans stützt sich auf folgende der letzteren Erkrankung eigenthümliche Symptome. Active wie passive Bewegungen sind möglich, die Beweglichkeit ist nicht erloschen sondern nur erschwert. Die Reflexe sind nicht verändert; die Sensibilität, der Muskelsinn haben keine Störung erfahren. Desgleichen fehlen cerebrale sowie Sehstörungen, die Intelligenz bleibt erhalten. Ferner sind die für Parkinson'sche Erkrankung charakteristischen Erscheinungen der propulsive zuweilen auch retrograde Gang, das gesteigerte subjective Wärmegefühl, die nächtliche Unruhe sowie die eigenthümliche Haltung der Kranken fast stets vorhanden und sichern die Diagnose.

H o l t e r m a n n.

389) **James B. Ball** (London): On hysterical motor affections of the vocal cords. (Ueber hysterische Motilitätsstörungen der Stimmbänder.) (The Lancet. 23. Febr. 1889.)

Wenn die Hysterie die Stimmbänder resp. die sie beherrschenden Muskeln in Mitleidenschaft zieht, so verengt sich entweder die Rima

glottidis oder die Stimmbänder nehmen eine anomale Stellung und Spannung an.

Im letzteren Falle macht sich Aphonie oder die sog. Fistelstimme bemerkbar, die meist plötzlich nach einer psychischen Erregung einsetzt, oft eben so rasch unter demselben Einflusse wieder verschwindet.

Dieser Motilitätsstörung steht die aus derselben Quelle ihren Ursprung herleitende Aponia spastica gegenüber, insofern als die Kranken, Versuche zu phoniren, machen, was sie sonst nicht thun, und als sich die Stimmbänder bei der Respiration normal bewegen, sich aber beim Versuche zu sprechen so krampfhaft verschliessen, dass die Luft nur durch das hintere Drittel der Glottis ein- und austreten kann.

Durch eine Verengerung derselben entsteht jene Form von Dyspnoe, bei welcher sich neben allgemeinen hysterischen Convulsionen die Rima glottidis soweit verschliesst, dass die Respiration stillsteht und nach einigen Secunden unter einer stridulösen Inspiration wiederkehrt.

Häufiger als diese sind die mehr chronischen Formen von Glottis-Verschluss, der dadurch zu Stande kommt, dass sich die Stimmbänder bei der Inspiration und Expiration mehr oder weniger ungenügend der Medianlinie nähern.

Der Anfall tritt plötzlich, zuweilen nach psychischer Erregung unter stridulöser Inspiration und Expiration auf, macht Remissionen und Exacerbationen und erreicht während der letzteren einen solchen Grad von Heftigkeit, dass die Gesichtsfarbe des Kranken eine cyantische wird. Das Athmen ist beschleunigt im Gegensatze zu dem durch organische Obstruction des Larynx bedingten, die Stimme meist normal.

Hieran schliesst sich der hysterische Husten, dessen Merkmale darin bestehen, dass er, trocken, lant und bellend, oft mit Unterbrechungen längere Zeit andauert, gern zu gewissen Tageszeiten wiederkehrt und durch Gemüthsaffecte verschlimmert wird.

Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel weist negative Resultate nach.

Pauli.

390) **J. Craig Balfour** (Redbourne): „*Actaea racemosa*“ in diseases of nervous origin. (*Actaea racemosa* bei Krankheiten nervösen Ursprungs.) (The Lancet. 9. März 1889.)

Die früher in England viel gebrauchte aber in neuerer Zeit vollständig in Vergessenheit gerathene *Radix Cimicifugae racemosae* (*Actaea racemosa*) hat B. neuerdings wieder gegen gewisse nervöse Krankheitszustände, wo andere Mittel im Stich gelassen, in Anwendung gezogen und dieselben, namentlich bei Dysmenorrhoe, sehr hartnäckiger Cardialgie und hysterischer Neuralgie, sehr nützlich befunden. Am meisten bediente er sich der aus jener Wurzel bereiteten Tinctur in der Dosis von 10 Tropfen, alle 6—8 Stunden.

Pauli.

391) **Bourneville et Bricon**: De l'épilepsie procursive. (Ueber Epilepsia procursiva.) (Publications du Progrès médical 1888 vol. VIII. pag. 1—160.)

Die E. p. ist eine seltene Erscheinungsform der Epilepsie. Ihr Name rührt daher, weil der Kranke beim Anfall plötzlich rasch vor-

wärts läuft oder rotirende Bewegungen macht. Ein derartiger Anfall dauert so lange, wie ein gewöhnlicher Krampfanfall, der Kranke stürzt aber dabei nicht hin, wird auch nicht komatös, zeigt dagegen eine starke Congestion des Gesichtes.

Von reinen Fällen der E. p., bei denen das Laufen allein den Anfall ausmacht, werden ausser den in der Literatur niedergelegten in der vorliegenden umfangreichen Arbeit noch drei neue Fälle ausführlich mitgetheilt, während in zwei anderen neuen Fällen die Erscheinungen der E. p. den epileptischen Krampfanfällen vorausgingen (E. avec aura procursive) und in zwei weiteren nachfolgten (E. post-procursive). Auch Vertigo kann mit ähnlichen Bewegungen verbunden sein, wofür ein neuer Fall gebracht wird. Den Bewegungen bei E. p. nahestehend sind die automatischen Bewegungen und Akte der Epileptischen nach Schwindel- oder sonstigen Anfällen, bei larvirter Epilepsie, seltener auch vor Krampfanfällen. Es werden weiter einige einschlägige Sektionsfälle mitgetheilt. In dem einen fand sich eine Atrophie und Sklerose der linken Kleinhirnhemisphäre, in dem anderen war Atrophie der rechten Grosshirnhemisphäre, absteigende Degeneration und Atrophie der linken Kleinhirnhemisphäre vorhanden.

Prognostisch ist zu bemerken, dass die Anfälle der E. p. gewöhnlich später in wirkliche Krampfanfälle übergehen. Diagnostisch ist besonders Gewicht auf die Bewusstseinsstörung zu legen, welche bei sonstigen choreatischen, saltatorischen Erscheinungen fehlt.

Verf. treten für die Abhängigkeit der beobachteten Bewegungserscheinungen von einer Kleinhirnstörung ein. O t t o.

392) Péan (Paris): Heilung eines Falls von Jackson'scher Epilepsie durch Exstirpation eines Hirntumors.

(Gazette de hôpitaux 21. Februar 1889.)

Erster epileptischer Anfall bei einem 22 jährigen Manne; alle 8—10 Tage ein weiterer Anfall; im Lauf der Jahre wurden die Zwischenräume geringer, so dass nach 4 Jahren eine Art status epilepticus partialis eintrat; der Typus der partiellen Epilepsie war sehr deutlich entwickelt; die Anfälle begannen mit einem schmerzhaften Spasmus der r. grossen Zehe, dann trat Steifheit der r. Unterextremität auf, mit nachfolgenden tonischen und klonischen Krämpfen derselben, die sich am Arm und Gesichtshälfte r. ausbreiteten; Bewusstsein war nicht in jedem Anfall getrübt, jedenfalls trat Bewusstlosigkeit in einem vorgerückten Stadium des Anfalls auf; zwischen zwei Anfällen war die r. untere Extremität stark paretisch.

Da alle Gründe für Annahme vonluetischer, tuberculöser oder Emollitions-Affection fehlten, wurde ein Tumor diagnosticirt, und Trepanation in der Gegend des motorischen Rindenfelds der unteren r. Extremität beschlossen. Nach Spaltung der Dura an der genau vorgezeichneten Stelle. zeigte sich der hintere Theil der blossliegenden Pia weisslich gelb und vorgewölbt, mit einem darunter liegenden Tumor verwachsen, der vom Centrum aus stückweise entfernt wurde; er er-

wies sich als ein von der Pia ausgegangenes Fibro-Lipom, das sich vollständig entfernen liess und eine Cavität — zurückgedrängte Rindensubstanz — zurückliess.

Der Wundverlauf war aseptisch, die Heilung nach 10 Tagen vollendet, die epileptischen Anfälle nahmen zunächst an Zahl ab, verschwanden schliesslich ganz und blieben während der bisherigen, 2 Monate fortgesetzten Beobachtung aus.

Kurella.

393) **Reiersen** (Kopenhagen): Fall von geheilter Hystero-Epilepsie. (In *Meddelelser fra almindeligt Hospital-Ugeskrift f. Laeger* Bd. VI. p. 653.)

B. theilt einen Fall von Hysterie mit epileptiformen Krämpfen und vollständiger Paralyse der Unterextremitäten mit, bei einer 68jährigen Frau; hier schwanden die hysterischen Symptome nach Amputation der hypertrophischen Mammae, die $7\frac{1}{2}$, resp. $6\frac{1}{2}$ Pfund wogen. V. will der Entfernung der Brüste in diesem Fall eine ähnliche Wirkungsweise zuschreiben, wie der der Ovarien in anderen Fällen.

Kurella.

394) **W. R. H. Stewart** (London): Cases of ruptured membrana tympani from bosing the ears; loss of taste following perforation of the drumhead. (Fälle von Zerreissung der Membrana tympani durch eine Ohrfeige; dadurch bewirkten Verlust der Geschmacksempfindung.) (The Lancet. 23. März 1889.)

St. berichtet über zwei Fälle, wo eine Ohrfeige eine Perforation des Trommelfells und Verlust des Geschmacksinnes zur Folge hatte, jedenfalls dadurch, dass die Chorda tympani resp. deren Geschmacksfasern des Nerv. facialis in Mitleidenschaft gezogen wurden.

Indem dieser Consecutivzustand für die Abhängigkeit der Geschmacksfunktion des Nerv. lingualis von jenen Fasern spricht, liefert er, die Ansicht Bernhard's und Anderer bestätigend, zugleich einen Betrag zu der so schwierigen Lehre vom Geschmacksinne.

Pauli.

395) **Burekhardt** (Préfargier): Weitere Mittheilungen über Gefässbewegungen. Theoretisches und Practisches. (Arch. f. Psych. XX. 3. p. 605.)

Der Verf. fand (was schon früher practisch an Mosso'schen Curven dargestellt ist), dass sich in sphygmographisch aufgenommenen Respirationscurven von gesunden schlafenden Menschen öfter Serien von schwächeren und stärkeren, zugleich von raschen und langsamen Athemzügen folgten. Aus diesem sogenannten „Sanduhrtypus“ folgert er, dass das Respirationcentrum sich selbst überlassen, nicht continuirlich gleichmässig, sondern rhythmisch an- und abschwellend arbeitet. Aehnliche Verhältnisse wurden bei einem paralytischem Lungenemboliker, bei welchem das Respirationcentrum ausserordentlich heftig arbeitete, und bei Patienten mit Cheyne-Stokes'schem Phänomen constatirt. Es stimmt also mit diesen der Schlafende überein, bei welchem die Respiration

möglichst classisch, durch keine äusseren Verhältnisse gestört ist. — Die Brust- u. Bauchcurven stimmten im Allg. überein; als etwas Neues beobachtete B., dass — wenn zugleich aufgenommen — ihre Fusspunktlinien nicht parallel liefen, sondern dass jede ihre eigenen Hebungen und Senkungen aufwies. Weil nun die oben erwähnten Sanduhrschwankungen — offenbar rein respiratorisch bedingt — bei Brust und Bauch parallel laufen, nimmt der Verf. an, dass die letztgenannten Fusspunktoscillationen überhaupt nicht respiratorischen Ursprungs seien, es müssten denn für Brust und Bauch getrennte Respirationscentren angenommen werden. Der vasculäre Ursprung der Oscillationen wird — betreffs der Bauchcurve — auch dadurch befürwortet, dass sie am deutlichsten waren nach dem expiratorischem Schenkel zu und bei Hochständen der Fusspunktlinien d. h. je schlaffer die Arterie war. Was nun die practische Anwendung dieser Verhältnisse auf die klinischen Krankheitsbilder der Psychosen anbetrifft, so gesteht der Verf. freilich zu, dass es ein spezifisches Pulsbild für irgend eine Form noch nicht giebt. Nur für die *circulären Psychosen* will er gefunden haben, dass hier die normal nöthigen (oben besprochenen) Compensationen nicht regelmässig sind; und von der Annahme ausgehend, dass die krankhaft ergriffenen Rindenflächen die compensatorische Thätigkeit der tiefer liegenden Gefässcentren beeinträchtigen, versuchte B. durch medikamentöse Eingriffe die pathologische Heftigkeit der Schwankungen abzuschwächen. Durch geistvolle Deductionen ist Verf. zu Versuchen mit Strychnin und Plumbum aceticum gelangt, die beide mehrmals mit günstigem Erfolge angewendet wurden. Die Einzelheiten dieser vom therapeutischen Standpunkte aus ausserordentlich interessanten klinischen Mittheilungen müssen in der Originalarbeit nachgesehen werden.

Langreuter.

396) J. L. A. Koch (Zwiefalten): Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie. (Zweite, verbesserte und vermehrte Auflage. Ravensberg, Dorn 1889. 180 S. 8.)

Die erste Auflage dieses Buches ist im vorigen Jahrgang des Centralblatts (p. 712) besprochen worden. Die vorliegende, nach wenigen Monaten nöthig gewordene, zweite Auflage ist um etwa 30 Seiten vermehrt; der Zuwachs erstreckt sich ziemlich gleichmässig auf alle Capitel; das Buch hat somit, sehr zu seinem Vortheil, den Character des kurzen Compendiums behalten, und nachdem sowohl Weiss wie Kraepelin in den neuen Auflagen ihrer früheren Compendien sich dem Umfange von Lehrbüchern genähert haben, wird Koch dem Bedürfniss nach einem kurzen Leitfaden in einer Weise gentgen, die wenig Muth zur Concurrrenz wecken kann.

Die Aenderungen der neuen Auflage treten besonders in der Systematik hervor; Koch weist, sehr mit Recht, nunmehr der Katatonie eine selbstständige Stellung unter den organischen Psychosen zu.

Kurella.

397) Binder (Schussenried): Ueber motorische Störungen stereotypen Characters bei Geisteskranken mit besonderer Berücksichtigung der Katatonie. (Arch. f. Psych. XX. 3. p. 628.)

Die so häufig bei Geisteskranken zu beobachtenden gewohnheitsmässigen motorischen Actionen, welche wegen der Constanz der Erscheinung und wegen der langen Dauer als *stereotyp* bezeichnet werden können, theilt der Verf. klinisch in zwei Hauptkategorien die der Katatonie und die der Folie. Die von Guislain sogenannte Folie und die von Hagen bezeichnete „Narrheit“ sind Krankheitsbilder in denen die letztgenannten Störungen am meisten vorkommen, während die „Katatonischen“ bekanntlich von Kahlbaum charakterisirt wurden. Der katatonischen Erkrankungsform rechnet B. diejenigen Stereotypen in Stellung und Haltung zu, welche im Uebrigen die bekannten katatonischen Grundsymptome und den typischen cyklischen Krankheitsverlauf zeigten: Melancholie, Manie, Stupescenz, Verwirrtheit und Blödsinn inclusive Abweichungen. Bei einer Anlese von 800 Krankheitsgeschichten in Schussenried fand B. acht classische und 21 weniger charakteristische hierhergehörige Fälle.

Die hier besonders interessirende zweite grosse Gruppe, das ist also „Folie mit stereotypem Thun und Treiben“ (nicht der Katatonie angehörend), fand Verf. 55 mal vertreten und zwar kamen diese Zustände am meisten vor bei der sog. secundären Seelenstörung, bei Verrücktheit und Blödsinn. Hervorgehoben werden: Stereotypen der Rede, der Bewegung einzelner Körperteile, des Gehens und ferner complicirtere automatische Handlungen: Haare ausraufen, Nägel kauen, Hautkratzen, Rütteln an den Zähnen, Bohren in den Augen u. s. w. —

Binder meint, dass diese Handlungen sämmtlich mehr oder weniger automatisch, und nicht der Ausfluss eines directen Willensimpulses sind und erklärt sie aus der grösseren Selbstständigkeit der motorischen Centren, die bei psychischen Krankheiten wahrscheinlich ist.

Schliesslich versucht Verf. die beiden besprochenen Gruppen auf dem Boden der Erbllichkeit zu vereinigen, da von den ganzen 84 Fällen 65⁰/₁₀₀ hereditär belastete Individuen betrafen, und zwar von den Katatonischen 70⁰/₁₀₀ und der Gruppe Folie 63⁰/₁₀₀. Langreuter.

398) Gerlach (Königsutter): Ueber Veränderungen der normalen galvanischen Erregbarkeit bei Dementia paralytica.

(Arch. f. Psych. XX. 3. p. 645.)

Um zu möglichst bestimmten Resultaten zu kommen, wählte der Verf. für seine galvanischen Untersuchungen nur einige beschränkte Nervengebiete, nämlich in allen Fällen (sc. bei 17 Paralytikern beiderlei Geschlechtes): den Stirnast und mittleren Ast des N. facialis, den N. accessorius, ulnaris und peroneus beiderseits. Trotzdem musste G. die Erfahrungen anderer Autoren theilen; die Verhältnisse im peripherischen Nervensysteme, sind bei Paralytikern so schwankend, dass sich kaum jemals bestimmte Regeln werden feststellen lassen. In einigen Fällen waren offenbar Veränderungen der normalen galvanischen

Erregbarkeit eingetreten, jedoch so unregelmässig, dass eine diagnostische Verwerthung sehr zweifelhaft erschien. Es mag nur hervorgehoben werden, dass betreffs der Gehirnnerven vereinzelt herabgesetzte Erregbarkeit mit einer Parese zusammenfiel, und dass es im Endstadium durchweg zu einer absoluten Herabsetzung der Erregbarkeit des frontalis kam; während bezügl. der Rückenmarksnerven ziemlich regelmässig die Erregbarkeit anfangs sank, um gegen das Ende hin wieder zur Norm anzusteigen und diese sogar zu überschreiten.

Langreuter.

399) **Sören Hansen** (Aarhus): Om Stigmata hos Forbrydere. (Degenerationszeichen bei Verbrechern.) (Hospitals-Tidende. 3. April 1889.)

Den Mittheilungen H.'s liegen genaue Signalemente von 1788 männlichen Sträflingen eines dänischen Zuchthauses (Vridsløselille) zu Grunde. Strabismus fand sich in 28 Fällen (1,57⁰/₀ gegen 10⁰/₀ bei Lombroso!) Gaumendefecte und Störungen der Zahnentwicklung fanden sich bei 8 Fällen (0,45⁰/₀), nur 16 Fälle (0,89⁰/₀) zeigten Stottern und andere Sprachdefecte. Hasenscharte nur in einem Falle. Ein oder beide Testikeln fehlten oder waren atrophisch in 11 Fällen (0,62⁰/₀); Hernien fanden sich mit 4,25⁰/₀, während sich bei 16,000 dänischen Wehrpflichtigen 2,21⁰/₀ Hernien fanden.

Zusammengewachsene Finger oder Zehen fanden sich nur 2 mal.

Die ungenauen Angaben der Signalemente lassen für viele Erscheinungen, wie Hypospadie, Epispadie, Iriscolobom keine genauen Angaben zu, daneben finden sich Schwachsichtige, Schwerhörige, Schiefbeinige, Rundrückige, etc. zu Hunderten, so dass auch die dänische Verbrecherwelt im ganzen sehr reich an äusseren Deformitäten ist. H. behält sich genauere Untersuchungen vor.

Kurella.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

I. American neurological association.

Morgensitzung vom 10. September 1888.

(The Journal of Nervous and Mental Diseases Novb. 88.)

400) **Dereum** stellte einen Fall von *subcutaner Bindegewebsentartung der Arme und des Rückens vor, verbunden mit Symptomen ähnlich denen des Myxoedems*. Vom typischen Myxoedem unterschied sich dieser Fall dadurch, dass die Haut nicht afficirt war und dass die geringe Verlangsamung, welche in der Bewegung bemerkbar war, sehr wenig ausgesprochen war. Sprachstörung war während einiger Tage vorhanden. Bei klarem Verstande bestand eine starke Reizbarkeit des Pat. Die Temperatur war normal, indess wurde häufig über Kältegefühl geklagt.

401) **Jacoby** sprach über *subacute progressive Polymyositis*. Im Anschluss an einen Fall, bei dem mikroskopisch nicht nur die Symptome acuter und subacuter Entzündung festgestellt wurden, sondern auch manche Merkmale, welche sich bei den chronischen Formen primärer Dy-

strophien finden, zur Beobachtung kamen, versucht Votr. die Beziehungen zwischen acuten und chronischen primären Muskelaffectationen zu verfolgen. Er kommt zu folgendem Ergebniss:

1. Der Prozess ist eine acute Myositis und Perimyositis hinzugekommen zu einem chronischen plastischen Prozess.

2. Der plastische Prozess hat zu einer Neubildung von Bindegewebe im Perimysium externum und internum geführt.

3. Der chronische Prozess endet in wachsiger und fettiger Degeneration.

4. Neuritis und Perineuritis folgen der Myositis und Perimyositis.

Nachdem Votr. dann eine Uebersicht über die acuten secundären entzündlichen Muskelerkrankungen und über die acuten primären oder idiopathischen Muskelaffectationen gegeben hat, gelangt er zu dem Schluss, dass es sich um eine Form primärer Muskelerkrankung in seinem Fall handelte, welche ähnlich, wenn auch nicht identisch ist mit einigen Formen der primären Muskelatrophie.

402) **Sachs** besprach *die progressiven Muskeldystrophien, die Beziehungen der primären Formen zu einander und zur typischen progressiven Muskelatrophie*. Die progressive Muskeldystrophie umfasst diejenigen Krankheitsformen, welchen ein primäres progressives Schwinden einiger oder aller Körpermuskeln characteristisch ist. Der Schwund kann von wirklicher oder Pseudohypertrophie einiger Muskeln begleitet sein. Nach einem ausführlichen Bericht über die von den verschiedenen Autoren beschriebenen mannigfaltigen Formen hierher gehöriger Muskelkrankungen resümiert Votr.:

1. Die progressive Muskelatrophie, wie sie **Aron** und **Duchenne** beschrieben, entsteht in Folge von Rückenmarkserkrankung.

2. Der Duchenne'sche Typus der pr. Muskelatrophie könnte als Typus der oberen Extremitäten bezeichnet werden, während die peroneale Form der Typus der unteren Extremitäten wäre.

3. Pseudohypertrophie entsteht nicht durch Erkrankung des Rückenmarks. Die Lipomatose ist etwas nebensächliches im Verlaufe der Krankheit.

4. Pseudohypertrophie und Erb's juvenile Form von progressiver Muskelatrophie sind einander nahestehende, aber nicht identische Erkrankungen. Gemeinsam ist ihnen der Beginn der Krankheit im frühen Alter, das Vorkommen bei mehreren Familienmitgliedern, das Fehlen fibrillärer Muskelzuckungen sowie das Fehlen der Entartungsreaction, endlich das Vorkommen von Lipomatose. Sie unterscheiden sich von einander durch die Vertheilung der Atrophie auf die verschiedenen Muskeln und vielleicht durch den histologischen Befund.

5. Die hereditäre Muskelatrophie verdient keine gesonderte klinische Beschreibung, da alle Formen primärer Myopathien gelegentlich erblich sind.

6. Der Typus **Landouzy** und **Déjérine** (type facio-scapulo-huméral) ausgezeichnet durch die Tapirlippen steht der Erb'schen Form sehr nahe.

7. Pseudohypertrophie und Erb'sche Form wären als die beiden typischen Formen der primären progressiven Dystrophien zu bezeichnen.

8. Primäre progr. und spinale progr. Dystrophien unterscheiden sich durch bedeutende Merkmale von einander. Für erstere sprechen: Beginn in früher Lebenszeit, das Vorkommen von wahrer oder Pseudohypertrophie, das Fehlen der Entartungsreaction sowie der fibrillären Muskelzuckungen. Indem Votr. von der Berücksichtigung der Atrophie und Hypertrophie zwecks Classificirung dieser Störungen abgesehen wissen will, schlägt er folgende Eintheilung vor.

1. Progressive spinale Amyotrophie.
 - a) Typus der oberen Extremitäten.
 - b) Typus der untern Extremitäten.
2. Primäre progressive Dystrophien.
 - a) Pseudohypertrophie.
 - b) Erb'sche Form.

A scher.

II. Medicinsk Selskab in Kopenhagen.

Sitzung vom 5. März 1889.

402) V. Bendz: *Ueber Hypnotismus und Suggestionen.*

B. will seine hypnotische Behandlung lieber „suggestive Behandlung“ nennen und die Hypnose als eine Steigerung der normalen „Suggestibilität“ betrachten; das Autoritäts-Bedürfniss der meisten Menschen wäre ein Bedürfniss, sich Anschauungen und Impulse suggeriren zu lassen, und diese Unterordnung spiele eine Hauptrolle bei jedem ärztlichen Einfluss.

Bei skeptischen Naturen, die sich die Heilwirkung indifferenten therapeutischer Maassregeln nicht suggeriren liessen, müsse nun die Hypnose zu Hilfe genommen werden. B. theilt einige typische Fälle erfolgreich r Snggestion bei functionellen Nervenleiden (Massage bei Kopfschmerz, Heilung nach einer Sitzung; dasselbe Verfahren bei Hinken nach Kniecontusion; einmalige hypnotische Suggestion in Fällen von Bettnässen etc.) mit und meint, nur die Ausübung der Suggestionstherapie durch Aerzte könne gegen kurfuschende Magnetiseure helfen.

In der Discussion meint Fraenkel, er käme von denselben Anschauungen wie B. zu ganz entgegengesetzten Schlüssen. Das Hypnotisiren wäre in Dänemark in hohem Maasse epidemisch geworden, und gerade deshalb müsse man dagegen ankämpfen. Die eigenthümlichen Reflexphänomene Hypnotisirter, wie Heidenhain sie zuerst beschrieben hätte, träten auf, wenn das Medium sich alle Mühe gäbe, zu demonstrieren, was er den Hypnotiseur erwarten sieht. Bei hysterischen Männern, die sich für hypnotisirt hielten, ohne es zu sein, hat F. allerlei nervöse Beschwerden schwinden sehen. Der Hypnotismus hätte eben nur die praktische Bedeutung, den Werth psychischer Behandlung in das nöthige Licht gesetzt zu haben.

Kurella.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrasse 26).

Monatlich 3 Nummern
jede zwei Bogen stark.
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkranken daselbst.

12. Jahrg.

15. August 1889.

Nro. 16.

Inhalt.

I. Originalien. Ein Fall von autochthoner Thrombose der linken Carotis. Von Dr. Theodor Proskauer, pract. Arzt.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

1. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Von Dr. König in Dalldorf.
Moell: Befunde bei Erkrankungen des Occipitallappens.
2. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Von Dr. M. Dreikurs in Wien.
Prof. Meynert: Ueber Melancholie.

III. Referate und Kritiken. Albert: Die Lehre vom Hirndruck. Eine kritische Studie. Hoffmann: Ueber progressive neurotische Muskelatrophie. Hadden and Bullance: A case of acromegaly. Trolsler et Guillon: Deux nouveaux cas de myopathie progressive primitive chez le père et la fille. Féré: Note sur une anomalie musculaire chez deux épileptiques. Althaus: Wie wirkt die Suspension bei der Ataxie locomotrice? Stephan: Des paralyse pneumoniques. Lorentzen: Eine Temperatur von 44,9 Grad bei einer Hysterischen. Gilles de la Tourette et Cathelineau: Die Ernährung bei Hysterie. Jeaffreson: Hysterische Amblyopie. Bisshopp: Hystero-Epilepsie bei einem Manne; rechtseitige Hemiplegie, begleitet von Analgesie und Anaesthesie. Spender: Die Behandlung der Chorea mit prolongirtem Schlaf. Suckling: Erschöpfungsparalyse. Baden: Fall von acuter Cocainvergiftung. Dujardin-Beaumetz: Exalgin, ein neues Medicament. Alt: Untersuchungen über die Ausscheidung des subcutan injicirten Morphinum durch den Magen. Clarke: Clinical cases: 1. Mania in exophthalmic goitre. 2. Exophthalmic goitre in mania. Sinkler u. Brusk: A case of general paresis of fourteen years standing. Berkhan: Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. Peyer: Ueber Bulimie oder Cynorexie. Buchholz: Zur Kenntniss des Delirium acutum. (Zwei Fälle von wachsender Degeneration der Skelettmuskulatur.) Leppmann: Geistesstörung nach einer Kopfverletzung. Pick: Zur Lehre von den sog hypochondrischen Anfällen nebst Bemerkungen zur Pathologie der motorischen Sprachvorstellungen. Riegel: Ein Fall von mania transitoria.

I. Originalien.

Aus der medicinischen Abtheilung des Herrn Professor Rosenbach
im Hospital zu Allerheiligen in Breslau.

Ein Fall von autochthoner Thrombose der linken Carotis.

Von Dr. THEODOR PROSKAUER, pract. Arzt.

Mannigfach in Ursache und Wirkung ist der Verschluss einer
Carotis. Den zahlreichen und wechselvollen Experimenten am Thier und

den chirurgischen Eingriffen beim Menschen stehen vielfache pathologische Processe zur Seite, welche denselben Effect haben. Kussmaul¹¹⁾ ist der erste, der die verschiedenen Ursachen dieser pathologischen Zustände scharf auseinanderhält; aber seine Aetiologie ist nicht ganz erschöpfend. Denn erstens können die Gefässostien nicht bloß durch Thromben in der erweiterten Aorta oder dem Truncus anonymus verlegt werden, sondern sie können auch durch endarteritische Processe allein stenosirt, ja selbst ganz obliterirt werden, wie die von Preisendorfer²⁾, Riegel³⁾ Brown⁴⁾, Wicke⁵⁾, Leech⁶⁾ veröffentlichten Fälle zur Genüge beweisen, und zweitens sind es nicht Aortenaneurysmen allein, sondern auch andere Tumoren, welche die Carotiden comprimiren können. So berichtet Ehrmann⁷⁾ von einem Verschluss beider Carotiden durch eine Geschwulst der Glandula thyreoidea, und Kussmaul veröffentlicht einen Fall, in dem die eine Carotis durch einen Krebstumor comprimirt wurde.

Am seltensten sind jene Fälle, in denen das Gefäßlumen selbst, sei es durch einen fortgesetzten oder autochthonen Thrombus, verstopft ist. So häufig Embolien des Endastes der Carotis, der Arteria fossae Sylvii beobachtet werden, so spärlich sind Berichte über einen embolischen Verschluss der Carotis selbst. Ausser dem schon von Kussmaul und Penzoldt citirten Fall von Cohn⁸⁾ finden sich nur noch die von Lionville⁹⁾, Murchison¹⁰⁾, Anderson¹¹⁾, Nevel¹²⁾ publicirten Krankheitsfälle in der Literatur. Nicht viel reichlicher erweist sich die Casuistik der autochthonen Thrombosen: den Berichten, die man bei Ehrmann, Pilz¹³⁾, Cohn, Duchek¹⁴⁾ und Kussmaul antrifft, reihen sich in neuerer Zeit die Beobachtungen von Verneuil¹⁵⁾ Dowse¹⁶⁾ Fränkel¹⁷⁾ und Penzoldt¹⁸⁾ an.

Es dürfte daher von Interesse sein, einen neuen, in mannigfacher Beziehung bemerkenswerthen Fall derart mitzuthellen.

Krankengeschichte:

Von der Patientin selbst war nichts Anamnestisches in Erfahrung zu bringen, da sie total aphasisch in das Hospital gebracht wurde. Angehörige waren nicht zu ermitteln; nur von einer Frau, die Jahre lang ihre Flurnachbarin war, gelang es mir, vor kurzem, also 5 Monate nach dem Tode der Patientin, folgende kurze Notizen zu erhalten: sie soll sich stets einer guten Gesundheit erfreut haben. Am 8. Dec. 1888 kam sie Abends im besten Wohlsein von einem gewohnten Spaziergang nach Hause. Am nächsten Morgen fiel den Bewohnern des Hauses auf, dass sie nicht ihr Zimmer verliess. Nach wiederholtem Klopfen an die verschlossene Thür wurde ihnen zwar dieselbe von der Patientin geöffnet; sie vermochte sich aber nicht ihnen verständlich zu machen; „rarara“ war alles, was sie herausbrachte. Schwankenden Ganges soll sie sich wieder zu Bett gelegt haben. 3 Tage später, am 12. Dec., wurde sie in das Hospital aufgenommen.

Status praesens v. 13. Dec. 1888. Die 74 jährige Arbeiterwitwe Rosina K. ist eine kleine, schwachgebaute, magere Frau, die ziemlich schwer im Bett liegt. Die Athmung ist etwas beschleunigt und ver-

tieft, dabei zeitweise stöhnend; der Puls an der geschlängelten, starrwandigen Radialis ist klein, etwas unregelmässig. 65 Schläge. Temperatur 36,9. Das Sensorium ist frei. Patientin versteht, was man zu ihr spricht; sie vermag aber weder zusammenhängend zu sprechen, noch die Worte nachzusprechen, die man ihr vorspricht. Eine Prüfung der Sensibilität und der Sinnesorgane ist daher nicht möglich. — Der rechte Mundwinkel hängt etwas, die rechte Nasolabialfalte ist leicht verstrichen. Die rechte Pupille ist weiter als die linke, reagirt aber auf Licht. Der rechte Unterarm steht zum Oberarm in leichter Contraktur; das rechte Bein steht steif in Contraktur, welche nur schwer im Kniegelenk zu lösen ist. Patellarreflex links sehr hochgradig, rechts etwas schwächer. Links ist der Sohlenreflex sehr stark, rechts schwächer. Es besteht das Bestreben, die Beine übereinander zu kreuzen.

Herzdämpfung ist nicht verbreitert; der Herzstoss hehend, Herzthätigkeit etwas arhythmisch. Die Töne allenthalben rein. Rechts unter der Clavikel, zum Theil unter das Man. sterni hinunterragend eine etwa hühnereigrosse Dämpfung. Dort ist die Lungenathmung im Allgemeinen etwas abgeschwächt und hauchend. Keine Rasselgeräusche oder sonstige Dämpfung über den Lungen.

Urin frei von Eiweiss.

Am 15. December Tod.

Sectionsbefund (Dr. Klein). Herzmuskulatur am linken Ventrikel hypertrophisch und degenerirt. Aortenklappen und unterer Theil der Aorta mässig stark verfettet; Aortenbogen atheromatös, mit derben Kalkplatten. Aorta ascend. diffus aneurysmatisch. Coronararterien sclerotisch. Rechte Carotis an der Theilungsstelle atherom. und verkalkt, ebenso die linke, an deren Theilungsstelle sich vorspringende verkalkte Unebenheiten finden. Von diesem Punkt an ist die Carotis interna durch einen braunroth derben, der Wand ziemlich innig anhaftenden Thrombus vollständig verstopft. Brust- und Bauchorta atheromatös. Sinus longitudinalis enthält spärliche, nicht anhaftende Blutgerinnsel.

Der linke Stirnlappen ist blutarmer als der rechte. Basisgefässe ziemlich hochgradig verfettet; Wandungen verdickt. Carotis int. sin. beim Eintritt in den Schädelraum durch einen lockeren Thrombus verstopft, der bis zur ersten Theilung der Art. foss. Sylv. reicht. Von da an befinden sich in einzelnen Aesten nicht anhaftende Gerinnsel.

Ausserdem fanden sich Emphysem der Lungen und leichte Adhäsionen der Pleura, Bronchitis purulenta und Nephritis atrophicans.

Von dem Verschluss eines Gefässes, welches, wie die Carotis, das für Circulationsstörungen jeder Art empfindlichste Organ des Körpers mit Blut versorgt, sollte man a priori häufiger bedeutende und nachhaltige Folgeerscheinungen erwarten, als sie der Erfahrung nach eintreten. Die zahlreich ausgeführten Ligaturen beweisen indess zur Genüge, dass der Mensch einen solchen Eingriff ohne dauernde Störungen von Seiten des Gehirns ertragen kann. Die durch pathologische Processe, durch Thrombose oder Embolie, bedingten Verstopfungen der

Carotis dagegen können in ihrer Wirkung nicht in gleicher Weise eindeutig beurtheilt werden, weil in diesen Fällen nicht bloß die eine Carotis, sondern das ganze Gefäßsystem erkrankt zu sein pflegt. Die Veränderungen, die eintreten, sind dann weniger auf den Verschluss dieses einen Gefäßes an und für sich zu beziehen, als vielmehr auf die Complication mit der gleichzeitigen Erkrankung des Herzens und der anderen Hirngefäße. Der Circulus Willisii vermag nicht mehr, wie unter normalen Verhältnissen, die gestörte Circulation auszugleichen. Zwei Folgezustände hat man bisher bei der Thrombose der Carotis beobachtet: entweder bleiben, wie in dem Kussmaul'schen Falle, dauernde Hirnerscheinungen aus und die Circulation stellt sich im vollkommenem Masse wieder her, oder es kommt zu einer Erweichung einer mehr oder minder grossen Hirnpartie und zu bleibenden Lähmungen. Dass noch ein dritter Fall im Bereich der Möglichkeit liegt, beweist unsere Beobachtung. Vom Beginn der Krankheit bis zum Tode, also immerhin eine Woche, bestanden eine rechtsseitige Hemiplegie und eine totale motorische Aphasie, und doch fanden sich bei der Sektion keine Gewebsveränderungen am Gehirn: von einer Erweichung war keine Rede. Die Circulationsstörung war offenbar nicht so erheblich, dass sie eine anatomische Läsion zur Folge haben musste. Der verminderte Blutzufluss führte nicht den Tod der Gewebselemente herbei, aber er genügte doch, ihre Funktion soweit zu beeinträchtigen, dass jene Ausfallserscheinungen eintraten.

Zum Schluss sei Herrn Prof. Rosenbach bestens gedankt für die freundliche Ueberlassung der Krankengeschichte und für die gütige Unterstützung mit Rath und That.

Literatur.

- 1) Deutsche Klinik. 1872. Nro. 50, 51.
- 2) Virchow's Archiv Bd. 73.
- 3) Sitzungsbericht d. allg. ärztl. Ver. zu Cöln. Berlin. klin. Woch. 1877.
- 4) Journ. of ment. Sc. 1878.
- 5) Wiener med. Ztg. 1884.
- 6) Brit. med. Journ. 1880.
- 7) Des effets produits sur l'encéphale par l'oblitération des vaisseaux artériels, qui s'y distribuent. Paris 1860.
- 8) Klinik der embol. Gefässkrankheiten, 1860.
- 9) Gaz. méd. de Paris 1869.
- 10) Transact. of the pathol. Soc. XXII.
- 11) Glasgow med. Journal 1872.
- 12) The Lancet 1884.
- 13) „Zur Ligatur der Art. Carotis communis“. Archiv f. klin. Chirurgie 1868.
- 14) Die Krankh. d. Herzens, d. Herzbeutels u. d. Arterien. 1862.
- 15) Bull. de l'Académie de med. 1872.
- 16) Transact. of the path. Soc. XXVII.
- 17) Virchow's Archiv. Bd. 79.
- 18) Deutsches Archiv f. klin. Medicin 1881.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten.

Von Dr. K ö n i g in Dalldorf.

Sitzung vom Montag 8. Juli 1889.

403) Moeli: *Befunde bei Erkrankungen des Occipitallappens.* In drei Fällen von Erkrankung des Hinterhaupthirns, speciell der Markfasern desselben, fand sich eine Degeneration des Nervus opticus und zwar ganz vorwiegend auf der gegentüberliegenden Seite.

1. *Fall von Porencephalie*, Tod im 18. Jahre. Porus am rechten unteren Scheitellappchen und dem vorderen Theile des rechten Hinterhauptlappens, die Gratioletsche Faserung bis zum Ventrikel durchschneidend. Rechte Hemisphäre kleiner, der Hinterhauptslappen hinten und unten mit nicht ganz regelmässigen Windungen versehen. Mikroskopisch in der Rinde, namentlich auch des Cuneus und am Occipitalpol, Verdünnung der Grundsubstanz, Mangel der einstrahlenden Markfasern, Fehlen einer bestimmten Zellform, bei guter Ausbildung der übrigen. Im Mittelhirn Atrophie des corp. gen. later. und des tractus opticus derselben, weiter starke Degeneration im gegentüberliegenden, schwache im Nervus opticus derselben Seite.

3. *Hydrocephalus*, Tod im 17. Jahre, bedeutende Erweiterung rechts, hier Verdünnung des Hirnmantels, namentlich im Scheitelhirn bei relativ gutem Stirn- und Hinterhauptstheile. Secundäre Degeneration der rechten Pyramide. Links die Occipitalwindungen hochgradig verdünnt enthalten mikroskopisch noch einzeln gute Zellen aber kaum noch Markleiste. Der linke tractus opticus deutlich verschmälert; desgleichen der rechte Nerv. Eine directe Druckwirkung auf das Chiasma ist nicht anzunehmen, da an der stärker ausgedehnten rechten Hälfte der Tractus opticus nicht verändert ist.

3. *Zwei Erweichungsherde* bei einem 44jährigen Manne mit seit mehreren Jahren bestehender (fast?) vollständiger Blindheit. Pupillen-Reaction dabei nicht aufgehoben. Der grössere Herd rechterseits hauptsächlich unter dem Gyrus angularis nach dem Hinterhauptslappen sich ziehend. Der linksseitige ist beschränkter, liegt an der Basis des Hinterhauptlappens in der Markstrahlung. Letzterer Herd wird, weil von dem Mittelhirn entfernter, von dem Vortragenden vorzugsweise berücksichtigt. Körnchenzellen finden sich vom Hinterhauptslappen durch die hintere innere Kapsel hier in zwei Zügen deutlich verfolgbar hindurch. Sie schliessen sich am hinteren Ende des Thalamus zu einem Zuge zusammen. Im corp. genic. lat. sind in der äusseren und unteren Hälfte die Zellsäulen mit Körnchenzellen erfüllt, ebenso wie die an der Aussen- seite über das Ganglion wegstrahlenden Faserzüge. Die Zellen selbst sind hier zum grössten Theile geschrumpft und verfettet, das Gewebe verdickt und gefässreich. Corp. gen. med. vollkommen frei, ebenso die Thalamuskern. Die Körnchenzellen gehen im zusammenhängenden Zuge über das pulvinar nach der Gegend des vorderen Vierhügelarmes. Der Vierhügel der linken, sowie, was besonders hervorgehoben, auch

der der rechten Seite zeigt jedoch nichts Abnormes. In beiden Nerv. Optic. findet sich im intracerebralen Theile, in einem ziemlich in der Mitte gelegenen Gebiete, eine unvollständige aber unzweifelhafte Atrophie der Fasern.

Vortragender erwähnt besonders die Untersuchungen von Monakow und sieht in den beiden ersten Fällen eine Bestätigung, dass bei Hinterhirnerkrankung, die während der Entwicklung sich einstellt, auch beim Menschen Degeneration des Opticus eintrete. In Bezug auf den letzteren Fall bemerkt er, dass die Bedingungen, unter welchen eine Degeneration der peripherischen Abschnitte der Sehbahn an Erkrankungen des Occipitalhirns sich anschliesse und über die Ausdehnung der Veränderungen Klarheit noch nicht gewonnen sei. Deshalb könne über die sich aufdrängenden Hypothesen (Centrifugalfaserung — Abweichung von dem für die Rückenmarksverbindung geltenden Gesetze der secundären Degeneration, wegen der andersartigen Beschaffenheit der durch die optischen Fasern verknüpften Abschnitte des Nervensystems) etwas Bestimmtes noch nicht gesagt werden.

II. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Von Dr. M. Dreikurs in Wien:

Sitzung vom 13. Juni 1889.

404) Prof. Meynert: *Ueber Melancholie.*

In seinem Lehrbuche hat M. die Melancholie unter die Ernährungsstörungen des Vorderhirns gerechnet, im Bewusstsein des Widerspruches, in dem er dabei zu der groben Anatomie steht. Man kann nicht sagen, dass die Obductionen nach Melancholie keine anatomischen Befunde liefern; denn wir finden Atrophie, wie sie sich nur nach progressiver Paralyse zeigt. Wir wissen, dass alle möglichen floriden Formen von Geisteskrankheiten verbunden sein können mit angeborenem Blödsinn, oder bei längerer Dauer in Blödsinn übergehen. Bei der progressiven Paralyse haben wir auf den anatomischen Befund grossen Werth zu legen, da hier Ausfallserscheinungen vorliegen. Zu den melancholischen Erscheinungen aber stehen die anatomischen Befunde in keiner Beziehung. Weiterhin unterliegt es keinem Zweifel, dass Melancholie an Gehirnen ablaufen kann, die sich von gesunden Gehirnen nicht unterscheiden. — Die Melancholie ist als unterschieden von den anderen Geisteskrankheiten aufzufassen und bildet in der Weise, wie sie Westphal, Forrell darstellen, eine weit eingengtere Symptomengruppe, als in den gangbaren, verschwommenen Aufzeichnungen, auf welche die Bezeichnung angewendet wird. Die Erscheinungsgruppe der Melancholie ist aus vollkommen gesetzmässigen Symptomen zusammengesetzt; sie zeigt zwar bezüglich der Intensität die ungeheuersten Abstände, was für die Prognose von Wichtigkeit ist, aber die Symptomengruppe ist immer dieselbe. Dass diese Symptome eine ganz gesetzmässige Gruppe bilden, ist durch eine Gegenprobe erwiesen. Den Gegensatz dieser Gruppe bildet, auch ein ganz bestimmtes Krankheitsbild, die Manie. Die Manie besteht aus einer sogenannten Verstim-

mung, der heiteren Verstimmung, der Verstimmung der Tollheit. Es ist damit ein rascher Ablauf vielfacher werthloser Gedankenverbindungen verknüpft; in leichten Formen ist der ganze Mensch geistig gehoben, gedankenreich, die corticalen Leistungen der Bewegung sind der Zahl nach gesteigert. Damit verbindet sich eine bestimmte subjective Auffassung der Erkrankung. Es verbindet sich damit der Grössenwahn und die Wahnideen des Grössenwahns, der allerdings auch ohne Wahnideen bestehen kann. Bei der Melancholie ist die entgegengesetzte Erscheinungsgruppe vorhanden. Der heiteren Verstimmung gegenüber steht die traurige Verstimmung, dem Wechsel der functionellen Productivität steht gegenüber die Hemmung, Mangel an Wechsel, eine Art Stupor in den Bewegungen. Dem Grössenwahn steht gegenüber der Kleinheitswahn, und das Delirium des Kleinheitswahns ist das Selbstanklagedelirium. Die traurige Verstimmung ist nicht Angst oder die Angst, die dem Verfolgungswahne zu Grunde liegt. Es ist eine besondere Angst, die Gewissensangst, und die Aeusserung dieses Gefühles ist die Selbstanklage. Die Stimmung des Melancholikers ist die eines Verbrechers, aber er kehrt diesen Schluss um, aus der Verstimmung schliesst er auf Thatsachen und klagt sich Verbrechen an. Dass daraus kein Verfolgungswahn hervorgeht, hat seinen Grund einestheils in der Oertlichkeit der Erkrankung und weiterhin in einer Einengung jener ungeheuren Affectionsgruppe in unserem Gehirn, welche wir das „Ich“ nennen. Es ist gesagt worden, dass ein gewisser Mangel an Bethätigung, ein Mangel an functionellen Aeusserungen vorhanden ist. Auch dies ist gleichsam eine Einschränkung des Ich. Wenn nun die Hemmung, wenn der Kleinheitswahn und das Selbstanklagedelirium miteinander zusammenhängen, so könnten wir uns vorstellen, dass Zustände, welche Hemmung setzen, überhaupt schon Melancholie seien. Das ist aber nicht der Fall. Die stärkste Hemmung ist der Stupor; aber die Stuporösen zeigen nie Selbstanklagen.

Was ist nun der Grund der traurigen Verstimmung? Die heitere Verstimmung ist eine Wahrnehmung einer bestimmten Ernährungsweise der Gehirnzellen. Wenn functionelle Hyperämie im Gehirn vorhanden ist, so bildet sich mit dieser ein Glücksgefühl, welches schon die Arbeit, die körperliche und die geistige begleitet; der Mangel an Glücksgefühl bildet sich aus dem Mangel von Hyperämie im peinelichen Gefühle aus. Dass dies richtig ist, dafür haben wir zwei Belege. Zunächst die Versuche, die an Melancholikern mit Amylnitrit gemacht wurden. Echte Melancholiker äussern sich, dass dies ein Mittel zum Lustigwerden sei. Wir wissen auch, dass ausser der einfachen Melancholie noch eine Melancholie mit Manie besteht an einem und demselben Individuum, die circulären Formen, in welchen Stadien von Melancholie mit Stadien von Manie wechseln; es kann über zwölfmal im Leben Melancholie mit Manie mit lichten Zwischenstadien gewechselt werden, und diese Fälle gehen niemals in Blödsinn über, so dass man meinen muss, dass an eine functionelle Störung der Hemisphäre nicht zu denken sei: L. Meyer hat eine Anzahl von Fällen zusammengestellt, in welchen sich zeigte, dass die Nutrition im Wechsel von Me-

lancholie und Manie entgegengesetzte Phasen durchmacht, so dass man in der That glauben muss, dass hier vasomotorische Einflüsse mit nutritiven Einflüssen zusammenhängen, und wir werden glauben, dass das Turgesciren der Gewebe und der Collaps derselben zusammenhängt mit Verengung und Erweiterung des arteriellen Stromes. Wir werden also die Gegensätze der Erscheinungen der Melancholie und die Manie gedeckt finden durch Gegensätze der functionellen Ernährung. Man darf aber nicht denken, dass die Manie sich deckt mit Hyperämie und die Melancholie mit Anämie. Es muss vielmehr ein Verhältniss sein, unter welchem der arterielle Druck zunimmt und dieser Zustand dürfte mit der sogenannten Depressionsstimmung zusammenhängen. Allerdings damit sich ein melancholischer Zustand entwickelt, braucht es einer Vorbereitung. Wir können also nicht glauben, dass wir Melancholie experimentell finden werden, aber wir wissen, dass ein tiefes Depressionsgefühl das erste Stadium der angiospastischen Migräne bildet. Die Depressionsstimmung bei angiospastischer Migräne, die Resultate von Amylnitrit und der typische Wechsel der Aeusserung von übertriebener functioneller Hyperämie und von Mangel derselben, den wir in den circulären Formen beobachten, weist auf den Ursprung des Glücksgefühles und der Depression hin.

Die traurige Verstimmung bildet die Haupteigenschaft der Melancholie. Es schliessen sich aber noch secundäre Symptome an, die Wahnäusserungen und die Selbstanklage. Noch secundärer ist der Verfolgungswahn. Der Melancholiker hält sich selbst für schlecht und fürchtet gestraft zu werden; der Maniakalische dagegen hält sich selbst für hervorragend, die anderen erscheinen ihm vollkommen verächtlich.

Der Sitz der Reizerscheinungen ist in die Hemisphäre zu verlegen. Die Sinneswahrnehmungen gelangen secundär durch die subcorticalen Centren in die Hemisphäre. Wenn auf ein Individuum die Aussenwelt durch Gehör- oder Gesichtswahrnehmungen einwirkt, so wird dies nach dem Prinzip der excentrischen Localisation erklärt. Es muss aber immer ein Theil der Bahnen oder der Centren erregt sein, welche die Zuleitungsbahnen für diese Erregungen bilden, die mit den subcorticalen Empfindungen abgeschlossen sind. Der Melancholische nun findet sich losgelöst von der Aussenwelt; von Sensationen, welche die Aussenwelt ihm vorspiegelt, ist nicht die Rede und das kann nur durch die Rinde selbst hervorgerufen werden.

Mit Manie kann man Melancholie nicht verwechseln. Die Unterschiede sind schon erörtert worden. Es kommt aber gerade in den Heilungsstadien der Manie vor, dass der Kranke so besonnen ist, dass er den Grössenwahn nicht äussert, dass nur die scheinbare Missstimmung die Gereiztheit gegen andere hervortritt und hier könnte eine Verwechselung eintreten. Der acute Wahnsinn hat einen sehr reichhaltigen Inhalt und kennzeichnet sich hauptsächlich durch eine Fülle von subcorticalen Reizzuständen. Er braucht keine Hallucinationen mit sich zu führen, ihm wohnen die Illusionen inne. Der Kranke hat den Eindruck, als ob er geträumt hätte oder als ob Comödie gespielt worden wäre. Es kann auch nur Stupor sein. Aber die Ausfallser-

scheinungen sind es, die Verwirrtheit, welche das wichtigste Zeichen des acuten Wahnsinns bilden, bei der Manie aber gar nicht vorhanden sind. Unter den subcorticalen Reizerscheinungen spielt die Angst eine grosse Rolle. Sie hat ein Analogon in der Dyspnoe. Diese Angst darf aber nicht verwechselt werden mit dem corticalen Depressionsgefühl der Melancholie. Der Stuporöse wird auch nicht vollständig von trauriger Verstimmung beherrscht. Man sieht ihn häufig lächeln. Ausserdem tritt bei ihm eine prachtvolle subcorticale Reizerscheinung hervor, die Katalepsie, die Gelenkstarre; äussert er Wahnvorstellungen, so sind es nie Selbstanklagen. Neurastheniker zeigen hypochondrische Verstimmung, auf Reiz der subcorticalen Centren beruhend; mit ihr sind Zwangsvorstellungen verbunden, aber nie Selbstanklagen. Auch beim chronischen Wahnsinn kommt Verfolgungswahn mehr vor. Die Melancholie setzt mit trauriger Verstimmung ein, an diese knüpfen sich alle andere Symptome. Der chronische Wahnsinn aber beginnt ganz anders. Es treten zunächst hypochondrische Vorstellungen auf. Diese subcorticalen Sensationen machen den Kranken fortwährend auf sich aufmerksam. So ist er geneigt, sein primäres Ich überall dazu zu associiren, wodurch die Erscheinung des Aufsichbeziehens entsteht. Aus diesem hypochondrische auf sich beziehen erst gestaltet sich der Verfolgungswahn.

III. Referate und Kritiken.

405) **Ed. Albert** (Wien): Die Lehre vom Hirndruck. Eine kritische Studie. (Klinische Zeit- und Streitfragen. Wien 1889.)

Verf. hat die Lehre vom Hirndruck, die sich neuerdings hauptsächlich an die Namen von **Bergmann** und **Adamkiewicz** knüpft, einer eingehenden Besprechung unterzogen. Da in unseren Blättern im Zusammenhange diese wichtige Frage bisher nicht erörtert ist, so erlauben wir uns an der Hand der vorliegenden Broschüre etwas näher auf dieselbe einzugehen.

Die von **v. Bergmann** formulirte Lehre vom Hirndrucke lautet in kurzer Fassung etwa folgendermassen: „Der Schädel stellt nach Schluss der Fontanellen eine starre und feste Kapsel vor; daher ist der Raum, welcher dem Gehirn, seinen Säften und Adnexen geloten wird, ein unveränderlicher. Die Nervensubstanz ist bei denjenigen Druckhöhen, welche innerhalb der Schädelhöhle wirksam werden können, einer Compression nicht fähig. Mithin ist es undenkbar, dass durch eine Compression der Hirnmasse selbst Raum geschafft werden könnte, weder für die anderen Componenten des Schädelinhalts (Gefässe mit Blut und Liquor), noch für Krankheitsprodukte oder Neubildungen. Da nun die Schädelhöhle durch das Foramen magnum mit der Rückgrathöhle communicirt, gewinnt der Liquor cerebialis Continuität mit der Flüssigkeitssäule, welche die Medulla umspült. Man braucht jetzt bloß anzunehmen, dass die Rückgrathöhle einer Erweiterung fähig ist,

um zu verstehen, wie der leicht verschiebbare Liquor cerebrospinalis frei zwischen der nicht ausdehnbaren Schädelhöhle und der einer Ausdehnung fähigen Rückgratshöhle verkehren kann. Trotz der constanten Raumverhältnisse, auf welche das Hirn angewiesen ist, ändert es sein Volumen beständig und in acutester Weise; bei jeder Systole des Herzens schwillt es an, bei jeder Diastole ab; ebenso wechselt sein Blutgehalt und damit auch sein Volumen bei jeder In- und Expiration. Um dem wechselnden Volumen des Hirns bei jedem Pulsschlage und jedem Athemzuge Raum zu schaffen, bleibt nur ein Weg: das Ausweichen des Liquor cerebro-spinalis in die Rückgratshöhle. Der Liquor wird gegen die Bänder des Rückgrats genau mit der Kraft gedrückt, welche von den Gefässen aus auf ihn übertragen wird. Man darf mit Bestimmtheit behaupten, dass das Fluthen der Cerebrospinalflüssigkeit in der Schädelhöhle dasjenige Mittel ist, durch welches so gut wie allein Raum für den gewöhnlichen wie aussergewöhnlichen Wechsel der Blutmenge im Schädel geschafft wird. Der intracranielle Druck kann nur in der Spannung der Cerebrospinalflüssigkeit selbst in Erfahrung gebracht werden. Die Spannung des Liquor, das ist der endocranielle Druck. Von den drei Componenten des Schädelinhaltes sehen wir zwei, den Liquor cerebrospinalis und das Blut beständig in ihrem Volumen wechseln und zwar derart, dass eine geringere Menge Blut einer grösseren an Cerebrospinalflüssigkeit und eine grössere Menge Blut einer geringeren an Cerebrospinalflüssigkeit entspricht. Diesen veränderlichen Grössen steht die unveränderliche Nervenmasse des Gehirns gegenüber, unveränderlich wenigstens in dem Sinne, dass niemals in acuter Weise durch Compression und Verdichtung ihre Substanz sich ändern kann, wohl aber in chronischer Weise auf dem Wege des Schwundes und der Atrophie

Die Raumbeschränkungen des Schädels, mit denen wir es bei den Kopfverletzungen zu thun haben, können primär durch ein traumatisches Blutextravasat oder durch Schädelbrüche mit Impression (oder eingedrungene fremde Körper) bedingt sein. Die allgemeine Wirkung der Raumbeschränkung ist die Steigerung des intracraniellen Druckes und in Folge dieser ein langsamerer Blutwechsel im Gehirn und seinen Häuten. Stellen wir uns den Augenblick vor, wo schon eine grössere Menge Liquor aus dem Schädel in die Rückgratshöhle gedrängt und die Nachgiebigkeit des in der Wirbelsäule sich ausdehnenden ligamentösen Apparates bereits stark in Anspruch genommen ist. Von diesem Momente an wird jede weitere Schmälerung des Raumes rapid, und zwar um das Zehn- und Hundertfache mehr, als kurz vorher, den Druck im Liquor steigern. Das erklärt sich aus den Elastizitätsverhältnissen der thierischen Membranen, die hiebei gespannt und gedehnt werden sollen (Durasack und Wirbelligamente). Wächst zu der kritischen Zeit das raumbeschränkende Moment nur um ein Geringes, so ist der Effekt der minimalen Zunahme schon ein kolossaler und beschwört mit einem Schlage die allergrössten Gefahren herauf. Die Spannung nämlich der Cerebrospinalflüssigkeit nähert sich, ja erreicht bei diesem ihrem rapiden Hinaufgehen die Spannung der Blutsäule in

den Capillaren und bringt dieselbe dadurch zum Stauen und Stocken. In der That braucht ein Capillarrohr nur um eine ganze Kleinigkeit verengt zu werden, um sofort dem Durchtritt von Flüssigkeiten die grössten Schwierigkeiten zu bereiten. Nach dem Poisseule'schen Gesetz verhält sich die Ausflussgeschwindigkeit aus capillaren Röhren bei gleichem Druck und gleicher Länge derselben den vierten Potenzen ihrer Durchmesser umgekehrt proportiona^l. Ist es richtig, dass bei einer gewissen Spannungsgrösse einer elastischen Kapsel oder Hülse der geringste Zuwachs an Inhalt die Circulation innerhalb eines solchen Behälters sofort schwer stört, so wird die Vermehrung von Blut in der Schädelhöhle, wie sie bei jeglicher Hyperämie stattfindet, ohne weiteres den Strom hemmen können. Die Hyperämien müssen genau in derselben Weise, wie die Anämien die Ernährung des Gehirns mindern und schliesslich zu den gleichen Störungen der Hirnfunktionen führen.“

Gegen diese Lehre erhob bekanntlich Adamkiewicz eine Reihe von Einwendungen. Zunächst wendet er sich gegen die Incompressibilität des Gehirns. Seine bekannten Laminariaversuche sollen beweisen, dass das Gehirn durch die Quellung derselben wirklich gedrückt wird, indem sie die Gehirnparchie, welcher sie anliegen, in ihrem Volumen reduciren. Ferner sucht er zu beweisen, dass ein schnell sich entwickelnder intracranieller Herd die Circulation im Gehirn durchaus nicht stört, also auch keine Anämie und keinen Hirndruck hervorbringen kann. Bei seinen Versuchen fand er sogar dort, wo die Hirndrucklehre eine besonders intensive Anämie deducirt, eine starke Erweiterung der Gefässe, eine Hyperämie. Wenn man eine Meningocele zusammendrückt, so zeigen sich keine Störungen. Wenn man in den Schädel eine Flüssigkeit einspritzt, so verlässt ihn diese sofort, da es zahlreiche Abflusswege gibt. Die von anderen Autoren bei Infusion von Flüssigkeiten beobachteten Erscheinungen sind höchst wahrscheinlich auf Rechnung der mechanischen, thermischen oder chemischen Irritation durch das Experiment selbst zu setzen.

A. fasst seine Lehre in folgende Schlüsse zusammen:

1) Einen „Hirndruck“, das heisst eine intracranielle Spannungszunahme des Liquor cerebrospinalis gibt es überhaupt nicht.

2) Die sogenannten „Hirndrucksymptome“ sind Folgen der *Reizung* (Nystagmus, Störung des Pulses, der Athmung, Würgbewegungen, allgemeine Muskelzuckungen) oder Lähmung (Coma) des Gehirns.

3) Jeder intracranielle Herd schafft sich im Schädel Raum, indem er das Gehirngewebe durch Herauspressen von Gewebswasser zur Nachgiebigkeit zwingt. Das Gehirngewebe wird dabei verdichtet, aber nicht blutarm, sondern im Gegentheil hyperämisch. Das Gehirn verträgt daher diese Compression bis zu einer gewissen Grenze vollkommen gut und funktionirt trotzdem wie normal. Erst bei höheren Graden der Compression treten ganz für sie charakteristische Funktionsstörungen ein (Hemiclonus, Hemispasmus, contralaterale Hemiplegie, Paraplegie, bilateraler Spasmus, Tremor).

4) Intracranielle Herde stören ebensowenig den venösen Abfluss aus dem Schädel, wie in demselben die Circulation überhaupt.

Albert geht nach Vorausschickung dieser wichtigsten Punkte der strittigen Frage zunächst zur Prüfung einiger wichtiger Vorfragen über. Die Frage der Compressibilität, erklärt er, ist durchaus keine physikalische, hier liegt kein Problem des Piézometers vor. Es handelt sich hier überhaupt darum, welcher von drei Faktoren: Gehirnelemente, Gewebssaft, Blut bei einem auf ihrem Complex lastenden Aussendruck zuerst *ausweichen* kann. Gewiss weichen zuerst die Flüssigkeiten aus; und da das Blut unter einem höheren Drucke steht, als die Gewebsflüssigkeit, so muss man annehmen, dass in der That die Gewebsflüssigkeit im ersten Momente ausgepresst wird; wie es mit Rücksicht auf die Widerstände sich weiter verhält, kann nicht a priori entschieden werden.

Die zweite Frage, welchen Ursprungs und welcher Natur ist der Liquor? ist ebenfalls noch Meinungsverschiedenheiten ausgesetzt. Man ist darüber noch nicht einmal einig, ob der Liquor ein Transsudat sei, oder nicht.

Die dritte Frage, wie verhält es sich mit den Abflusswegen des Liquor? führt zu einer längeren anatomischen Betrachtung. Auch hier grosse Uneinigkeit. Während die gangbaren Lehrbücher von Lymphgefässen sprechen, welche die Lymphe aus der Schädelhöhle abführen, behaupten andere, es gebe solche beim Menschen gar nicht. Bei Thieren sind Lymphgefässe, die den Liquor abführen nachgewiesen; es fragt sich nun, ob in einem solchen System der Druck des Liquor sich durch Einspritzen von Flüssigkeit erhöhen lässt oder nicht? Adamkiewicz meint, eine in das System eingespritzte Flüssigkeit müsse den Schädel bei den zahlreichen Kommunikationen des Systems sofort wieder verlassen; frühere Experimentatoren haben gezeigt, dass die eingespritzte Flüssigkeit rasch resorbiert wird. H. Falkenstein und B. Naunyn fauden, dass die Resorption auch unter geringen Druckhöhen eine bedeutende sein kann. Die Resorptionsgrösse steigt nach ihren Versuchen ganz unverhältnissmässig mit dem Injectionsdrucke. Es kann demnach in dem System eine solche Einrichtung getroffen sein, dass der Druck des Liquor innerhalb bestimmter Grenzen schwankt, aber er muss eine obere Grenze besitzen.

Gibt es nun auch eine pathologische Steigerung des Druckes? Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass bei enorm forcirter Injection in das System, wenn der Abfluss geringer ist als der Zufluss, Drucksteigerungen vorkommen können. Man kann durch Injection (Duret) den Liquordruck so steigern, dass selbst Berstungen der Gewebe eintreten. Aber nicht die Zertrümmerung des Systems erweckt das Interesse des Pathologen, sondern die Gefährdung desselben. Und den Punkt zu suchen, wo diese Gefährdung einsetzt, wird die Hauptaufgabe bilden; denn ist das System zertrümmert, kommt alle Hilfe zu spät; ist es bloß gefährdet, kann vielleicht noch an eine Hilfe gedacht werden. Albert handelt hier nur von den *mechanischen* Störungen, die entzündlichen und durch Tumor bedingten, bringen häufig eine Störung des Systems schon in dessen Voraussetzungen bei und eignen

sich für dieser Art Untersuchung nicht in dem Masse, wie die chirurgischen.

Zunächst wird vom Verf. jetzt die Frage erörtert: welchen Einfluss hat der Blutdruck auf die Verhältnisse des Liquor? Hier interessieren die Versuche, welche Knoll veröffentlicht hat und deren Resultat kurz gefasst lautet, dass der Liquordruck ganz und gar vom Druck in den Blutgefässen des Centralnervensystems abhängt. Steigt dieser, so steigt auch jener; fällt dieser, so fällt auch jener. Hieran anschliessend berechtigen die Untersuchungen von Gärtner und Wagner den Satz aufzustellen: Eine Steigerung des arteriellen Druckes kann vielleicht blos ein vermehrtes Abfliessen des Blutes bedingen: der Druck wandelt sich in Geschwindigkeit um; der venösen Abflüsse gibt es eine Unzahl — patent portae. Sichergestellt scheint zu sein, dass jede Vermehrung der im Schädel enthaltenen Blutmasse sofort eine Drucksteigerung des Liquor zur Folge hat, mag diese Vermehrung der Blutmasse von Seiten der Arterien oder der Venen erfolgen. Die Drucksteigerung setzt sich aber alsbald in einen Abfluss (Resorption) des Liquor um. Jedenfalls ist es immer die *Blutmenge*, die entscheidend wirkt.

v. Bergmann's Beweisführung geht nun dahin, die Compression der Capillaren als das wirksamste Moment in's Feld zu führen. Die blosse Annäherung, sagt er, die Spannung des Liquor, d. h. die Druckhöhe, unter welcher er steht, an den Druck der Capillaren, muss die systolische Erweiterung derselben hemmen und schon dadurch die Circulation in ihnen erschweren. Ueberragt aber die Spannung aussen nur ein Minimum den Druck innen im Capillarraume, so folgt ohne Weiteres ein gewisser Grad der Capillarcompression, der jedes mal von grosser Wirkung sein muss. Schon bei kaum bemerkbarer Verengerung geht die Hälfte der Stromgeschwindigkeit verloren, erhält also in der Zeiteinheit das Hirn nur die Hälfte der gewohnten und nöthigen Blutzufuhr. Demgegenüber hat Grashey längst betont, dass nicht die Capillaren, sondern die Venen comprimirt werden müssen, sobald der Hirndruck steigt. Dadurch wird der Abfluss aus den Capillaren und Venen verhindert, und da der Zufluss von den Arterien her noch fort dauert, müssen die Capillaren sogar überfüllt werden. Anämie, wie v. Bergmann will, tritt dann sicherlich *nicht* ein. An einer anderen Stelle lässt v. Bergmann auch eine Compression der Venen eintreten aber nur, um den Venenpuls zu erklären. Manometrische Versuche, die Cramer und v. Bergmann anstellten, werden von letzterem zu Gunsten der Capillarcompression, von Albert zu Gunsten der Venencompression erklärt. Letzterer meint, v. Bergmann hätte in den Kreis seiner Untersuchungen die Frage nicht unerwogen lassen dürfen, ob der vermehrte Druck im Schädel nicht auch einen Abfluss des Liquor aus dem Schädel verursacht. Auch die von v. Bergmann entwickelte Anschauung in Bezug auf den Druck im Liquor cerebrospinalis im allgemeinen lässt Albert nicht gelten. Adamkiewicz, welcher den Liquor für ein einfaches Transsudat hält, das er wahrscheinlich gar nicht ist, hatte schon die Einwendung gemacht, das

Transsudirte könne niemals den Druck des Transsudirenden annehmen. v. Bergmann bekämpft diesen Ausspruch, hält jedoch an der Annahme eines einfachen Transsudates fest. Es würde uns zu weit führen, die Widerlegung einer von v. Bergmann hier aufgestellten die Elasticitätsverhältnisse der Dura betreffenden Gleichung wiederzugeben, wir verweisen deshalb auf das Albert'sche Original.

Im weiteren Verlaufe seiner Ausführung kommt Albert zu folgendem Schlusse: Die Symptome des gehinderten venösen Abflusses sind dieselben, die man als Symptome des Hirndrucks anführt.

Er glaubt, dass durch eine Erhöhung des Drucks im Schädel zunächst die Venen comprimirt würden, Stauungshyperämie entstünde und in Folge davon Veränderung der Pulsfrequenz, Reizung des vasomotor. Centrums, und epileptiforme Krämpfe entstünden. Das was v. Bergmann aus der Anämie in Folge Capillarcompression herleitet, wird hier durch Hyperämie in Folge Venencompression erklärt. Dass dieselben Folgeerscheinungen sowohl durch Anämie wie Hyperämie eintreten können, ist nicht zu bezweifeln.

Soweit das Experiment an Thieren. An Menschen wird die Hirndrucklehre zunächst durch Compression einer Meningocele zu stützen versucht. v. Bergmann hat dafür einige Beweise beigebracht. Adamkiewicz wie auch Albert konnten bei Meningocele jedoch keine das Allgemeinbefinden störende Druck- oder Circulationsstörungen durch Pressen derselben bewirken. Jedenfalls ist der Eintritt von Hirndrucksymptomen bei Compression von Meningocelen keine constante Erscheinung. Hinsichtlich der Schädelfrakturen mit Impression ist zu bemerken, dass dieselben wenig Entscheidendes in dieser Frage beizutragen vermögen, da bedeutende Impressionen ohne die Erscheinungen des Hirndruckes verlaufen können.

Auch die traumatischen Blutextravasate nach Ruptur der A. meningea media sind nicht als Stütze der v. Bergmann'schen Theorie anzusehen, da sie nach Adamkiewicz auch anders erklärt werden können. Das Extravasat soll nach v. Bergmann zunächst die Capillaren der motor. Rindenfelder zusammendrücken und entleeren (Monoplegie und Hemiplegie) und dann durch allgemeine Steigerung des Cerebrospinaldrucks, allgemeine Anaemie des Hirns (Bewusstlosigkeit, Vagusreizung) herbeiführen. Da jedoch dieser Fall eine vollkommene Analogie des Adamkiewicz'schen Laminariaexperimentes bildet, so gibt die Beobachtung am Menschen ebenfalls keine genügenden Aufschlüsse, welche für die von v. Bergmann'sche Theorie mit voller Sicherheit verwerthet werden könnten.

Wir lernen somit aus der kritischen Studie von Albert, dass wir es bei der Hirndruckfrage mit einer überaus strittigen Sache zu thun haben, die es wünschenswerth erscheinen lässt, dass in Bälde die Forscher sich weiter mit diesem für den Arzt so überaus wichtigen und interessanten Problem beschäftigen.

Goldstein.

406) **J. Hoffmann** (Heidelberg): Ueber progressive neurotische Muskelatrophie. (Arch. f. Psych. XX. 3. p. 660).

Der Verf. fügt unter dem obigen Namen den drei Hauptrepräsentanten der chronischen progressiven Muskelatrophie: der Poliomyelitis anterior chronica, der amyrophischen Lateralsclerose und der Dystrophia muscularis progressiva eine *vierte* wohl characterisirte *Form* hinzu, die bereits hie und da in der Literatur auftauchte, aber bisher noch nicht scharf genug abgegrenzt wurde. Dazu ist jetzt H. in den Stand gesetzt, indem er den bisherigen Fällen 4 selbst beobachtete Krankheitsbilder hinzufügen konnte. Er entledigt sich seiner Aufgabe in systematisch gründlicher und (besonders für den Referenten) wohlthuend klarer Weise, sodass man füglich nicht an der Existenz und Berechtigung dieser neuen Krankheitsform zweifeln kann. Die vier eigenen Beobachtungen betreffen ein Mädchen und ferner drei Geschwister, darunter 1 Knabe, sämmtlich bisher noch im Kindesalter bis zu 13 Jahren. Die weiteren Erörterungen des Verf. beschäftigen sich theils mit den Einzelheiten dieser Beobachtungen theils mit anderweitigem Material aus der Literatur, und sie fassen den Symptomencomplex in folgendem Gedankengang zusammen: die Krankheit entwickelt sich meistens auf *hereditärer Basis* und kann sich durch viele, bis zu 6 Generationen fortpflanzen, indem sie gewöhnlich mehrere Geschwister nacheinander ergreift. Es werden beide Geschlechter betroffen, doch in überwiegender Zahl das *männliche*. Der Beginn fällt fast immer in die ersten beiden Dezennien und sehr häufig in die früheste Kindheit, und zwar werden die kleinen *Fussmuskeln* zuerst afficirt; Extensoren und Wadenmuskeln folgen, indem sie zunächst schwächer und dann atrophisch werden. Gewöhnlich im Verlauf mehrerer Jahre kommen die *oberen Extremitäten* an die Reihe, wieder die Handmuskeln zuerst. Oberarm, Rumpf und Gesicht bleiben frei. Das äussere Bild ist jetzt — wie durch treffliche photographische Abbildungen dargehan wird — folgendes: dünne Unterschenkel mit pes varus oder pes varo.equinus, atrophische Hände mit oder ohne Krallenstellung der Finger und etwas schwächere Vorderarme. Der Character der Krankheit, nämlich das *Aufsteigen von der Peripherie aus* drückt sich sowohl an den Muskelgruppen wie auch den einzelnen Muskelbäuchen aus. Der Schwund vollzieht sich symmetrisch und zwar meist gleichzeitig an den gleichnamigen Körperabschnitten. Mehr oder weniger hochgradige *Anomalien der Gelenke* können sich bis zu Ankylosen steigern, doch bleiben die Kniegelenke für gewöhnlich frei. Atrophie der Knochen liess sich bisher nicht mit Sicherheit nachweisen. Krampfartige Zustände der Muskeln wurden während der Uebergänge zur Degeneration beobachtet; fibrilläre Zuckungen traten oft sehr in den Vordergrund. Die mechanische Erregbarkeit ist in den völlig atrophirten Muskeln gleich Null, in den atrophirenden herabgesetzt. Die Sehnenreflexe werden ebenfalls mit dem Fortschreiten des Leidens herabgesetzt, um schliesslich ganz zu schwinden. Bezüglich der electricchen Erregbarkeit des motorischen Apparates herrscht bei den Autoren darin Uebereinstimmung, dass Veränderungen nachgewiesen wurden die zur *Entartungsreaction* gehörten.—

Die Hautreflexe verhielten sich ganz verschieden, ebenso inconstant die Sensibilitätsstörungen. — Vasomotorische Störungen fehlten gewöhnlich. Der Sphincterenapparat blieb intact. — Psychische Alterationen schliesslich sind so gut wie gar nicht beobachtet. —

Ein folgender Abschnitt ist der Differentialdiagnose gewidmet. Diesbezüglich bietet die multiple chronische Neuritis einige Schwierigkeiten, doch tritt hier der hereditäre und familiäre Typus niemals deutlich zu Tage. — Bei der Dystrophia muscular. progr. ist häufig Hypervolum der Muskeln vorhanden und die Art des Atrophiebeginns eine andere. — Der congenitale Klumpfuß lässt sich leicht unter Berücksichtigung des Angeborensseins erkennen. —

Was die *pathologisch - anatomische Grundlage* der hier in Rede stehenden Affection betrifft, so ist überhaupt zweifelhaft ob in der Literatur schon sichere autoptische Befunde vorliegen, weil man früher die verschiedenen Formen von Muskelatrophie nicht zu trennen pflegte. Hoffmann bemerkt treffend: „dass sich die Krankheit wie ein Mittelglied aber auch als ein trennender Keil zwischen die spinalen Formen und die muskulären Spielarten der progressiven Muskelatrophie einschiebt.“ Die Degeneration der Nervenfasern geht in umgekehrter Reihenfolge wie ihre Bildung und Entwicklung vor sich. „Gesetzt nun, die Ganglienzelle (im grauen Vorderhorn) verliert allmählich die ihr zur Erhaltung der Nervenfasern des Axencylinders und des Marks innewohnende Kraft, so liegt nichts näher als anzunehmen, dass die Degeneration in umgekehrter Richtung abläuft wie seiner Zeit die Bildung der Nervenfasern, dass zuerst in der äussersten Peripherie derselben das Nervenmark zerfällt und schwindet, dann erst die Nervenfibrille, und dass die Degeneration eine ascendirende, centripetale ist. Dass die Ganglienzelle dann nicht bloß noch vorgefunden werden kann sondern auch gar keine auffallende Formveränderung aufzuweisen braucht, liegt auf der Hand.“ Bei längerem Fortbestand des Leidens wird dann auch die Ganglienzelle verändert werden. Von diesem Gesichtspunkte aus lassen sich am ehesten die thatsächlich verschiedenartigen Sectionsbefunde erklären.

Dass der *essentielle Sitz* des Leidens ein *centraler* ist, ist am wahrscheinlichsten und dafür spricht besonders auch der hereditäre Character. —

Ueber *Dauer* und *Ausgang* der Krankheit ist wenig zu sagen. Verschieden zeitlicher Beginn und oft Jahrzehnte langer Stillstand ermöglichen jedenfalls oft ein hohes Alter der Patienten. — Da die *Therapie* bisher *machtlos* war, ist die *Prognose* „quoad vitam dubia, quoad sanationem pessima.“

Langreuter.

407) Hadden and Bullance: A case of acromegaly.

(Clinical society's Transactions. 1888.)

Eine Frau unter 37 Jahren, Mutter von 3 Kindern, hatte bis vor 4 $\frac{1}{2}$ Jahr keine Krankheit. Damals brach in ihrem Hause Schar-

lach aus; eines ihrer Kinder starb daran. Die Kranke selbst hatte damals Halsschmerzen und Fussoedem aber kein Exanthem. Sie selbst behauptet, dass damals auch Oedem der Hände bestanden habe, doch ist in dem Briefe des behandelnden Arztes nichts davon angegeben; nach dem Scharlach hatte sie eine schmerzhaftige Schwellung beider Kniee; nach ihrer Beschreibung scheint es sich um eine rheumatische Affection gehandelt zu haben. Die Patientin schreibt ihren jetzigen Zustand natürlich dem Scharlach zu, obwohl was hervorgehoben werden muss, schon vorher Kriebeln in den Händen bestand. Die Menstruation hörte einige Monate vor dem Scharlachanfall auf und kehrte nicht wieder. Die gut illustrierte Beschreibung des Krankheitsbildes entspricht durchaus der von P. Marie gegebenen. Anscheinend fehlt die glandula thyreoidea. Das rechte Auge bot das ophthalmoscopische Bild einer abgelaufenen neuritis optica. Intelligenz normal.

Strauscheid.

408) E. Troisier et G. Guinon (Paris): Deux nouveaux cas de myopathie progressive primitive chez le père et la fille.

(Revue de médecine 1. 1889.)

Verf. hatte das Glück bei Vater und Tochter eine progressive Muskelatrophie zu beobachten. Bei dem Vater, der angeblich hereditär nicht belastet war, begann die Krankheit mit 14 Jahren in der Schultermuskulatur; 17 Jahre später wurden die unteren Extremitäten ergriffen. Bei der Untersuchung fand man das Gesicht intakt, die Schulter- und Oberarmmuskulatur atrophisch, während Hände und Vorderarme normal waren; geringere Atrophie der Oberschenkel und Unterschenkel. Keine fibrilläre Zuckungen. Pat. scheint im Alter von 14 Jahren syphilitisch gewesen zu sein. Er starb im 49. Lebensjahre an Pneumonie.

Die Tochter zeigt auf Gesicht und Lippen die Zeichen hereditärer Syphilis; sie fing erst mit 3 Jahren an zu laufen. Mit 11 Jahren begann ihre Krankheit in der Halsmuskulatur. Mit 17 Jahren erkrankte sie an Typhus, welcher die Entwicklung der Atrophie zu beschleunigen scheint und wonach die Schultern vollständig ergriffen sind. Man beobachtet zugleich Atrophie des Gesichtes, typisches myopathisches Gesicht, Fehlen des Lidschlusses, Atrophie der Schulter und Arm-muskulatur, Deformation des Halses und der Wirbelsäule, Hände und Vorderarme frei, Atrophie der Oberschenkel.

Der Vater bot also hier den scapulo-humeralen Typus dar und übertrug auf seine Tochter die Muskelatrophie in Form des facio-scapulo-humeralen Typus, ein neuer Beweis für die Identität beider Krankheitsformen.

Strauscheid.

409) **Ch. Féré** (Paris): Note sur une anomalie musculaire chez deux épileptiques. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 2. 1839.)

Bei einem 18jährigen Epileptiker beobachtete F. ein completes Fehlen der portio sterno-costalis des m. pectoralis major sowie des m. pectoralis minor links. Zugleich war der linke Arm und die linke Hand kürzer als die betreffenden Theile der rechten Seite. Von den unteren Extremitäten dagegen war die rechte kürzer als die linke.

Bei einem anderen Epileptiker fehlt der untere Theil des m. pectoralis major rechts, so dass der untere Rand des Muskels ungefähr 2 ctm. über der Brustwarze lag. Zugleich hatte der betreffende Patient eine chromatische Asymetrie der Iris, eine geringere Entwicklung der Haare auf der rechten Seite; in dem Schnurbarte war rechts ein Vitiligoflecken, der mit vollständig entfärbten Haaren bedeckt war. Auf derselben Seite bestand eine Herabsetzung der allgemeinen Sensibilität und eine Vermehrung der Zeitdauer der Reaction.

Strauscheid.

410) **Julius Althaus** (London): How does suspension act in locomotor ataxy? (Wie wirkt die Suspension bei der Ataxie locomotrice?)

(The Lancet 13. April 1889.)

Wie A. glaubt, wirkt die Suspension bei der grauen Degeneration der Hinterstränge in der Weise, dass durch sie die Medulla gedehnt, die Adhärenzen, die Folge der diese Affection gewöhnlich begleitenden hinteren chronischen Meningitis zerrissen, die Hyperplasie der Neuroglia gelockert und die noch intacten Nervenfasern von dem Drucke, welchen die sclerosirten auf sie ausüben, befreit werden. Dadurch werden letztere besser ernährt und zu einer besseren Leitung befähigt.

Da diese Adhärenzen erst im weiteren Verlaufe des Krankheitsprozesses zu Stande kommen, so ist es erklärlich, warum sich erst zu dieser Zeit die in Rede stehende Behandlung hilfreich erweist.

Dieselbe passt nach den Erfahrungen A's ausserdem noch bei Paralysis agitans, Myelitis spastica, Sclerose laterale amyotrophique und endlich bei functioneller Prostration des Nervensystems, besonders wenn Herzdynamie, Appetitlosigkeit und mentale Depression zugewegensind.

Wie Erb kürzlich hervorgehoben, hat dieser Erklärungsversuch kein Interesse.

Pauli.

411) **B. H. Stephan** (Zaandam): Des paralyisis pneumoniques.

(Revue de médecine 1. 1889.)

Bei Gelegenheit einer schweren Pneumonieepidemie in Zaandam beobachtete Verf. 2 Fälle, die wegen ihrer Complication mit paralytischen Symptomen besondere Beachtung verdienen. Im ersten Falle handelt es sich um einen 43jährigen Mann, der am 2. April 1888 plötzlich das Bewusstsein verlor und rechtsseitige Krämpfe bekam. Am anderen Morgen Hemiplegie dextra, Aphasie; daneben schwere

Pneumonie. Am 6. April wird die Sprache normal, die Lähmung des Armes ist verschwunden, während die des Beines noch besteht. Bis zum 10. April rostfarbenes Sputum, dann hellt sich dieses auf. Im Mai steht Pat. auf, die Lähmung des Beines bessert sich, Anfang Juli geheilt entlassen.

Der zweite Fall betrifft ein zweijähriges Kind, welches nachdem es einige Tage gehustet hatte, am 21. Mai 1888 von allgemeinen Convulsionen befallen wurde. Pneumonie rechts unten. Nach $\frac{1}{2}$ Tag hören die Convulsionen auf, Bewusstlosigkeit persistirt. Erbrechen, secessus involuntarii, Kopfschmerz; bald darauf cri céphalique, Zähneknirschen, Contractur der Nacken-, sowie der linken Arm-, rechten Beinmuskulatur. Am 27. Mai nochmals Convulsionen; 28. 5. Ptosis und Mydriasis rechts; 30. 5. schlaffe Lähmung aller Extremitäten, 3. Juni Tod. Keine Aphasie.

Im letzteren Falle handelte es sich offenbar um die in schweren Pneumonieepidemien nicht selten beobachtete Complication mit Meningitis. Oft bleibt eine solche Meningitis im Laufe einer Pneumonie latent, oder aber die vorhandene Agitation, das Delirium und schliesslich das Coma können auch nur als Fiebererscheinungen aufgefasst werden — dann zeigt erst die Section das Bestehen der Meningitis; oder aber letztere gibt sich durch deutliche Symptome während des Lebens kund, dann besteht in der Regel eine einfache acute Convexitätsmeningitis; doch trifft man manchmal besonders gegen das Lebensende auch Störungen, die durch ein zugleich bestehendes basales Exsudat bedingt sind. Sehr viel seltener ist jene Form von Meningitis, die durch einen plötzlichen apoplectischen Insult in die Erscheinung tritt und Hemiplegie wie Aphasie hervorrufen kann. Die Meningitis kann vor, während und nach der Pneumonie auftreten. Der Tod ist der gewöhnliche Ausgang, doch sollen auch Heilungen vorkommen. Was die Pathogenese dieser Meningitis angeht, so ist in den letzten Jahren als Ursache derselben der Fränkel'sche Pneumoniekokkus allgemein anerkannt worden; auch hat man experimentell bei Thieren, deren Gehirn zunächst durch ein Trauma empfänglich gemacht worden war, durch Injection von Pneumokokken Meningitis erzeugen können; in analoger Weise glaubt Verf. annehmen zu müssen, dass nicht bei jenen Menschen eine pneumonische Meningitis entsteht, deren Gehirn durch frühere pathologische Processe zu einem locus minoris resistentiae geworden ist.

Eine Reihe von Beobachtungen über Lähmungen bei Pneumonie zeigen ein von dem vorher beschriebenen ganz verschiedenes Bild. So beobachtet man öfters Lähmungen aller Extremitäten, Hemiplegien, gekrenzte Hemiplegien, Augenmuskellähmungen etc; die meist bis mehrere Wochen nach Ueberstehen der Pneumonie auftreten. Bei diesen Fällen findet man zum Theil materielle Veränderungen (Periarteriitis) oder andere entzündliche Erscheinungen, zum Theil gar keine Abnormitäten. Zu den letzteren gehört die bekannte von Landry beschriebene und nach ihm benannte acute aufsteigende Paralyse.

Um vollständig zu sein, müssen noch die Fälle von Lähmungen bei Pneumonie erwähnt werden, welche der multiplen Sklerose ähneln und die auch nach anderen Infektionskrankheiten beobachtet werden. Westphal hat einen diesbezüglichen Fall mit Sectionsbefund veröffentlicht. Es ist heute sicher, dass manchmal Cerebrospinalkrankheiten auf Infektionskrankheiten folgen, aber es ist auch unzweifelhaft, dass eine grosse Zahl von Lähmungen nach Infektionskrankheiten nur dynamischer, functioneller, dyskrasischer Natur sind.

So steht Verf. nicht an, den oben beschriebenen ersten Fall, der zunächst auch an eine Meningitis mit Apoplexie ähnlichem Anfangedenken lassen könnte, wegen des vollständigen Mangels meningitischer Erscheinungen als nur auf functioneller Störung beruhend zu betrachten. In der Literatur findet man eine ganze Reihe von Beobachtungen über Hemiplegie bei Pneumonie, wo bei der Section keinerlei Veränderung des Gehirns gefunden werden konnte. Zur Erklärung dieser Fälle erinnert St. an die Uraemie, die ja auch eine Hemiplegie verursachen kann: diese wird nach der Traube'schen Theorie, von Rosenstein so erklärt, dass er annimmt, im uraemischen Blute finde sich ein Gift, welches auf die cerebralen vasomotorischen Nerven wirkt und so eine Ischaemie hervorruft; dass hierbei oft nur ein begrenzter Theil blutleer gemacht wird und nicht das ganze Gehirn, darf nicht wundern wenn man an die locale Wirkung anderer Gifte denkt (Hemiplegie bei Bleivergiftung) oder an die localen Symptome von allgemeinen Neurosen, wie Hysterie und Epilepsie. Bei der pneumonischen Infection musste nun ein im Blute enthaltenes Ptoxin in ähnlicher Weise eine begrenzte Ischaemie der corticalen Centren hervorrufen.

Man kann also im Beginn, im Verlaufe und nach Ablauf einer Pneumonie Lähmungen entstehen sehen. In einigen Fällen hat man als Ursache der Lähmung eine Meningitis (cerebralis, spinalis oder cerebro-spinalis) erkannt; in diesen Fällen nimmt man eine extrapulmonäre (meningeale) Lokalisation des Pneumokokkus an; in vielen anderen Fällen hat man die vollständige Abwesenheit einer materiellen groben, organischen Laesion constatirt; hier ist es am wahrscheinlichsten, dass die pneumonische Infection entweder direkt oder durch Vermittlung der cerebrospinalen Gefässe dyskrasische, dynamische functionelle Störungen in den Nervencentren oder in den Nerven hervorruft.

Straussfeld.

412) Lorentzen (Bröndersleo): En Temperaturstigning til 44,9 Grad. (Eine Temperatur von 44,9⁰ bei einer Hysterischen.)

(Hospitals-Tidende 1889 Nro. 25.)

Bei einer nervösen Frau traten kurz nach einem Anfall von Hæmoptyse Anfälle von heftiger Dyspnoe mit Cyanose und zeitweis ganz behinderter Inspiration ein, die bis zu einer Minute dauerten und sich mehrmals in einer Nacht wiederholten; am Schluss dieser Anfälle war sie meist kurze Zeit bewusstlos, darauf ängstlich und zu Hallucina-

tionen geneigt. In den nächsten zwei Monaten kam es, ohne alle Zeichen von Phtyse, zu wiederholten Haemoptyse-Anfällen, mit nachfolgender, den früheren gleichen Respirationsstörungen und Urinretention. Vom 7. bis 9. Januar hielt sich die Temperatur auf 39,5—40,5°. Am 10. Mittags constatirte der Ehemann 44,9°, L. fand sie ohne entzündliche Erkrankung, leicht hallucinierend, und constatirte im Rectum 44,9, in der Axilla 44,8° bei gleichzeitiger Messung; eine Stunde darauf im Rectum 42,4, Abends 41,5°, am andern Tage nach einigen Dyspnoe-Anfällen wieder 44,9°; eine Stunde später constatirte L. 37,5°, in den nächsten Tagen war die Temperatur 38,5—39,5°, dann normal.

Die Haemoptyse für die jede erklärende Lungenaffection fehlt, hält B. für neuropathische Blutungen, und die Temperatursteigerung für hysterisch, bei dem Fehlen jeder Organerkrankung, und den typisch hysterischen Respirationsstörungen. Teale hat bei einer Hysterischen 50° constatirt (Lancet 1876 I. p. 340) und Wunderlich 43° (Archiv der Heilkunde V. p. 210.) Kurella.

413) Gilles de la Tourette et H. Cathélineau: La nutrition dans l'hystérie. I. La nutrition dans l'hystérie normale. (Die Ernährung bei Hysterie. I. Die Ernährung bei der sogenannten normalen Hysterie.) (Le Progrès médic. 1888. Nro. 48.)

Als sogenannte normale Hysterie bezeichnen die Verf. solche Fälle, die während der Zeit der in Rede stehenden Untersuchungen keine andere Manifestationen der Neurose darboten als die permanenten Stigmata, an denen man die hysterischen Individuen erkennt; also solche Kranke, bei denen sich sensitive sensorielle Hemianästhesie mit Einengung des Gesichtsfeldes und Dyschromatopsie, Pharynxanästhesie. Diathèse de contracture etc. fanden. Natürlich war es nicht nöthig, dass die betreffenden Individuen alle diese Symptome zusammen darboten; jedenfalls wurden aber solche ausgeschlossen mit pathologischen Erscheinungen, also Anfällen, Mutismus, Contracturen, Anorexie etc., oder es wurden die Untersuchungen doch in den längeren Intervallen zwischen den Anfällen wahrgenommen, in denen sie die Ernährung nicht mehr beeinflussen konnten.

Es wurden beliebig 10 Individuen der Charcot'schen Klinik — 7 Frauen 3 Männer — ausgewählt, in Bezug auf die Nahrungszufuhr genau überwacht, ihr Gewicht genau controlirt vor dem Beginn der Untersuchung, die Temperatur alle zwei Tage gemessen, die Excrete genau controlirt, der Urin von 10 zu 10 Stunden gesammelt und sofort analysirt, um den Harnstoff zu bestimmen, und eine peinliche Ueberwachung der ganzen Lebensweise während der über die Zeit eines Jahres sich hinziehenden Untersuchung ausgeführt. Bei den Frauen wurde in der Zwischenzeit der Menstruation experimentirt. Bei diesen Versuchen wurde nun constatirt, dass die Quantität der eingeführten Nahrungsmitteln vollständig genügend war um einen normalen Menschen bei glei-

cher Lebensweise in seinem Ernährungszustande in gleicher Höhe zu erhalten, dagegen lässt sich aber feststellen, dass Hysterische fast constant an Perversitäten des Geschmacks leiden und gewisse Nahrungsmittel mit Vorliebe auswählen; das zeigte sich namentlich bei der Zubereitung der Speisen, die man die Frauen selbst besorgen liess. Sie zogen — wahrscheinlich in Folge völliger oder theilweiser Anästhesie des Gaumens — stark gewürzte Speisen, Salat Citronen, rohe Zwiebel vor. Dabei assen sie sehr substantiell und oftmals am Tage.

Eine Tabelle, welche die tägliche Menge des Urins — bei einem Individuum fand sich Polyurie — sowie dessen Gehalt an Phosphorsäure und Harnstoff enthält, ist von den Verf. beigegeben, die übrigens bei ihren Versuchen zu dem Schlusse kamen, dass bei einfacher nicht complicirter Hysterie die Ernährung sich in völlig normaler Weise vollzieht. Veröffentlichungen über Versuche bei mit pathologischer Hysterie behafteten Individuen hinsichtlich der Ernährung werden in Aussicht gestellt.

Holtermann.

414) C. S. Jeaffreson (New-castle): Hysterical amblyopia. (Hysterische Amblyopie.) (The Lancet 13. April 1889.)

Wenngleich bei der ziemlich selten vorkommenden und nur junge Frauen befallenden hysterischen Amblyopie die ophthalmoskopische Untersuchung nur negative Befunde liefert, so dürfte doch das Vorhandensein einer sich jetzt noch unserer Erkenntniss entziehenden Schwäche oder Störung der Augen nicht zu den Unmöglichkeiten gehören, um so mehr noch als durch diese Annahme die grosse Bereitwilligkeit, mit der sich derartige Frauen oft Monate und selbst Jahre lang den unangenehmsten Curen unterziehen, am ungezwungensten ihre Erklärung findet. (Diese letztere Voraussetzung des Verf's ist doch kaum stichhaltig. Ref.)

Pauli.

415) Francis R. B. Bishopp (Tunbridge Wells): A case of Hystero-Epilepsy in the male: right hemiplegia, accompanied with analgesia and anaesthesia. (Hystero-Epilepsie bei einem Manne; rechtsseitige Hemiplegie, begleitet von Analgesie und Anaesthesie.)

(The Lancet. 27. Juli 1889.)

Die Beschaffenheit der Anfälle, wie sie der Hystero-Epilepsie eigen sind, die charakteristische Anästhesie, Verengung des Gesichtsfeldes, Achromatopsie sind die Symptome, auf Grund deren im Verein mit den durch die Behandlung erzielten Resultaten die Diagnose gestellt wurde.

Hierzu kommt noch, dass der erste Paroxysmus Aphasie im Gefolge hatte, dass die Hemiplegie Paralysis facialis nicht begleitete und dass alle die Zeichen, welche auf ein organisches Leiden hinweisen, fehlten.

Pauli,

416) **John Kent Spender** (Bath): The treatment of chorea by prolonged sleep. (Die Behandlung der Chorea mit prolongirtem Schlaf.) (The Lancet. 20 Juli 1889.)

Das schon von den verschiedensten Seiten gegen die sog. Reflex-Chorea gerühmte Chloralhydrat erweist sich besonders wirksam, wenn es nach der Angabe Bridger's in Anwendung gezogen wird. Derselbe geht von der Ansicht aus, dass ein solcher Kranker in 24 Stunden zehn Stunden schlafen muss, und verordnet Chloralhydrat zuerst in verhältnissmässig grosser Dose und dann in vereinzelter soviel und so oft, als zur Erreichung dieses Zieles nothwendig ist.

Auf diese Weise wurden zwei derartige schwere Kranke, der eine in 24 Stunden, der andere in drei Tagen, geheilt. Pauli.

417) **C. W. Suckling** (Birmingham): Exhaustion paralysis. (Erschöpfungsparalyse.) (The Lancet 29. März 1889.)

An zwei von Féré kürzlich mitgetheilte Fälle von halbseitiger Lähmung in Folge von Erschöpfung, die an eine nach wiederholten heftigen epileptischen Anfällen aufgetretene Hemiplegie erinnert, reiht S. einen anderen derartigen von ihm beobachteten Fall, welcher bestätigt, dass aussergewöhnlich grosse und längere Zeit andauernde körperliche Anstrengungen, wie sie gewisse Beschäftigungen mit sich bringen, Hyperkinese und Paralyse der rechten oberen und unteren Extremität oder Hemiplegie derselben Seite nach dem Erregungsgesetz des ermüdeten und absterbenden Nerven herbeizuführen vermögen.

Dass diese functionelle Störung bei der Kranken, einer 51 Jahre alten Köchin, nicht auf hysterischer Basis beruhte, beweisen das Fehlen jeder Spur von Hysterie oder ererbter oder erworbener neuropathischer Disposition, die rasche Genesung und die schlaffe und welke Muskulatur der ergriffenen Partien.

Auch Einbildung konnte hier als Ursache nicht in Frage kommen, weil Anästhesie der rechten Körperhälfte und Crampus der gleichseitigen Wadenmuskeln vorhanden und ein Trauma nicht vorausgegangen war. Pauli.

418) **Baden** (Odense): Fall von acuter Cocaïnvergiftung. (Dänisch.) (Hospitals-Tidende 1889 Nro. 7.)

B., der Rhinologe ist, legte vor einer Operation einen kaum einen Gramm 20% Cocainlösung enthaltenden kleinen Wattelappen in die Nasenhöhle einer zu operirenden Patientin. Nach 5 Minuten, während der Operation, fing sie an sich zu verändern, hatte kleinen langsamen Puls, kalte Hände und Füsse. Zuckungen in den Flexoren der Hand, antwortete träge auf Fragen nur Ja oder Nein, konnte nur stockend sprechen, Arme und Beine nicht heben, nicht stehen, auf eine Chaise-

longue gelegt, sich nicht aufrichten, lag mit geschlossenen Augen da. Portwein, grosse Dosen Spir. aether. und 3 Tropfen Amylnitrit zur Inhalation brachten für die nächsten 3 Stunden keine wesentliche Veränderung, und erst nach 4 Stunden konnte sie in eine Droschke nach Hause transportirt werden. Sie schlief gut, und war am andern Tage nur noch etwas matt.

B. nimmt an, dass die Pat. trotz des strengen Verbots etwas von dem Cocain verschluckt hätte, warnt zur Vorsicht beim Cocaingebrauch und empfiehlt Spirit. aether als Antidot. Kurella.

419) Dujardin-Beaumetz (Paris): Exalgin, ein neues Medikament.
(Gazette des Hôpitaux. 26. März 1889.)

D. empfiehlt unter dem Namen Exalgin Orthomethylacetanilid, ein in Wasser wenig, in verdünntem Weingeist leicht lösliches krystallinisches Pulver. Kaninchen sterben nach Dosen von 0,8 pro Kilogramm unter Zittern, und Lähmung der Respirationsmuskeln. Bei nicht toxischen Dosen tritt Analgesie ein, aber nicht Anästhesie, unter deutlichem Sinken der Temperatur; die wirksame Dose liegt zwischen 25 und 40 Centigramm, alle Neuralgien, auch viscerele werden viel sicherer beseitigt, als durch Antipyrin; von Nebenwirkungen ist nur leichtes Erythem zu beobachten. B. vergleicht die Wirkung des Exalgin mit den andern Substanzen der aromatischen Reihe, und stellt fest, dass bei den wasserstoffreichen Stoffen dieser Gruppe (Phenol, Naphthol) die antiseptische Wirkung, bei den amidogenen Derivaten die antipyretischen, und bei den Amid-Derivaten, in welche Fettsäureradiale, besonders Methyl eingeführt sind, die analgetischen Eigenschaften überwiegen. Kurella.

420) Konrad Alt (Halle a. d. Saale): Untersuchungen über die Ausscheidung des subcutan injicirten Morphinum durch den Magen.

(Berl. klin. Wochenschr. 1889. Nro. 25.)

Verf. hat Hunden Morphinum unter die Haut gespritzt und sowohl in den erbrochenen Speisemassen als in dem aus dem Magen der Thiere ausgeheberten Spülwasser (0,4 procentige Salzsäurelösung) die Anwesenheit eines Morphinumreaction gebenden Stoffes nachgewiesen. Das Erbrochene wurde nach dem Stas-Otto'schen Isolirungsverfahren behandelt, der Rückstand sodann mit frisch bereitetem Fröhde'schen Reagens untersucht. Bei dem salzsauren Spülwasser wurde die sogen. Jodsäure-Chloroformmethode angewandt. Morphin macht aus der Jodsäure in wässriger Lösung Jod frei, das mit Chloroform geschüttelt, Rosabefärbung giebt. Die Reaction ist in einem unbekannten Gemisch keineswegs charakteristisch für Morphinum; hier aber, wo keine andere Stoffe in Betracht kommen, giebt sie recht guten Anschluss über die zeitliche Ausscheidung dieses Körpers. Schon $2\frac{1}{2}$ Min. nach der subcu-

tan. Injection erhielt Verf. schwache, aber deutliche Jodreaction, nach 5 Min. war die Reaction sehr deutlich, blieb 25—30 Min. stark, wurde dann rasch schwächer und hörte nach 50—60 Min. vollständig auf.

Wenn nun Verf. nach einer subcut. Morphin-Injection systematisch fortgesetzt den Magen eines Thieres ausspülte, so trat kein Erbrechen ein, wurde das Thier bei vergiftender Dosis der Injection am Leben erhalten. Verf. folgert hieraus: 1) dass das erste Erbrechen nach Morphin-Injection nicht — wie bislang allgemein angenommen wird —, eine Folge directer centraler Reizung des Brechcentrums sei, sondern vielmehr als reflectorisch von den Endigungen der Magennerven ausgelöst anzusprechen ist. Zur Berechtigung dieser Schlussfolgerung fehlt nach Ansicht des Ref. ein Experiment, nämlich die Loslösung des Magens von allen Nervenverbindungen mit dem Centrum, vor allem also die Durchschneidung des Vagus, und nur wenn nach dieser Durchschneidung das Erbrechen ausbleibt, kann es in obiger Weise erklärt werden. 2) Er folgert ferner, dass die nach einer tödtlichen Dosis subcutan injicirten Morphins längere Zeit fortgesetzten Magenaspülungen die Vergiftungserscheinungen wesentlich herabzusetzen, also unter Umständen eine lebensrettende Operation werden können.

Auch für die forensische Praxis ist die Entdeckung des Verf. von Werth, denn man wird nach Vergiftung durch subcutan. Morphin-Injection nicht mehr im Blut, sondern im Magen nach Morphium zu suchen haben. Aber noch für ein anderes Gebiet halte ich des Verf.'s Untersuchungen nicht für ganz bedeutungslos, und ich will desshalb noch einige Erörterungen hier anknüpfen. Ich meine die Morphiumsucht und ihre Behandlung, zu welcher der Verf. seine Entdeckung in gar keine Beziehung gesetzt hat.

Wir sind bekanntlich noch immer nicht im Stande auf exactem wissenschaftlichem Wege, positiv und direct, den Nachweis zu erbringen, ob ein Mensch sich Morphin einverleibt oder nicht. Alle Versuche, Morphin in den Ausscheidungsproducten des Organismus direct und positiv wieder nachzuweisen sind fehlgeschlagen und so oft auch die Möglichkeit des chemischen Nachweises von Morphin im Urin behauptet wurde, ebenso oft und noch öfter wurde sie wieder bestritten. Es ist keine Frage, dass der Nachweis bis jetzt nicht gelungen ist. Julius Donath, einer der letzten und besten Bearbeiter dieses Gegenstandes, erklärt bestimmt: „Morphin ist selbst bei subcutan injicirter Menge von 1,5 Gramm im Harn nicht nachweisbar“. Er widerspricht auch auf das Entschiedenste der Angabe von Marmé, dass das Derivat des Morphium, nämlich Oxydimorphin im Harn von Morphinisten sich nachweisen, und bei geeigneter Menge auch isoliren lasse. Die neueste Angabe von Hager (Johnson'sche Methode) habe ich selbst als unzutreffend erkannt, da ich die von ihm für Morphin charakteristisch bezeichnete Reaction auch mit anderen, von Nichtmorphinisten stammenden Harnen erhalten habe. Auf directem und positivem Wege sind wir also nicht im Stande den Beweis zu erbringen, ob Morphin dem lebenden menschlichen Organismus einverleibt worden ist. Eine indirekte Methode hat

Burkart angegeben, die darin besteht, den in besonderer Weise präparirten Rückstand aus dem Harn von Morphinisten Kaninchen einzuspritzen und zu beobachten, ob bei diesen Thieren nunmehr die Erscheinungen der acuten Morphinumvergiftung auftreten.*) Aber diese Methode ist umständlich und zeitraubend und daher in der Praxis nicht immer anwendbar. So sind wir immer nur noch, wenn von uns der Nachweis verlangt wird, ob ein Mensch heimlich Morphin sich beibringe oder nicht auf die 2 mal 24 stündige zwangsmässige Isolirung und Ueberwachung angewiesen und können nur aus dem negativen Ergebniss derselben, nämlich daraus, dass keine sogen. Abstinenz-Symptome auftreten den Schluss ziehen, dass der „Inculpat“ sich kein Morphin vorher beigebracht hat. Selbstverständlich müssen hierbei alle erdenklichen Sicherheits- und Vorsichtsmassregeln getroffen werden in Bezug auf Einschleppung von Morphin in die Isolirhaft, Bestechlichkeit des Ueberwachungspersonals und dergl. mehr.

Bei dieser Lage der Dinge scheint mir die Entdeckung des Verf. nicht gänzlich ohne Werth und unter Umständen geeignet zu sein, einen heimlichen Morphinisten entlarven zu können. Aber nur unter Umständen. Einmal dürfen keine anderen Alkaloide neben dem Morphin in Gebrauch gezogen sein, da die oben erwähnte Reaction nichts Characteristisches für Morphin hat und nur bei seiner alleinigen Anwesenheit verwerthbar erscheint; sodann müssen die erforderlichen Magenausspülungen zeitlich sehr geschickt vorgenommen werden, da die erwähnte Reaction des Mageninhaltes schon 60 Min. nach der Injection nicht mehr eintritt. Immerhin darf die Entdeckung des Verfassers als eine kleine Bereicherung unserer diagnostischen Hilfsmittel angesehen und dankbar entgegengenommen werden. Erlenmeyer.

421) C. K. Clarke (Kingston, U. S. A.): Clinical cases: 1. Mania in exophthalmic goitre. 2. Exophthalmik goitre in mania.

(American journal of insanity. April 1889.)

Der erste Fall betrifft eine 30 jährige Fräulein, welche schon mehrere Jahre an der Basedow'schen Krankheit litt, als sie an Manie erkrankte, die in kurzer Zeit zum Tode führte. Die Section wurde leider nicht gestattet.

Der zweite Fall betrifft einen 46jährigen Mann, der wahrscheinlich erst im Verlauf einer mehrjährigen Manie einen M. B. bekam und in der Folge daran zu Grunde ging. Der Sectionsbericht erwähnt nichts vom Centralnervensystem. Strausheid.

422) W. Sinkler u. E. Brusk (Philadelphia): A case of general paresis of fourteen years standig. (American journal of insanity. April 1889.)

Der Fall ist interessant nicht nur wegen der langen Dauer der Paralyse, sondern auch wegen der anfänglichen Schwierigkeit eine

*) Vergl. hierzu die ausführlichen Mittheilungen in Erlenmeyer: *Die Morphinsucht und ihre Behandlung*. III. Aufl. 1887, sowohl im Text pag. 101 ff. als auch in dem kritisch verarbeiteten Literaturverzeichniss.

Diagnose zu stellen. Pat. hatte nämlich in Anfang auf die rechte Körperhälfte beschränkte epileptiforme Anfälle mit nachfolgender Aphasie die zuerst vorübergehend war, später aber dauernd blieb; daneben zeigte die ophthalmoskopische Untersuchung Stauungspapille beiderseits. Verf. dachten deshalb zunächst an einen Tumor des linken Frontallappens, eine Diagnose, die später, als die Symptome der Paralyse mehr hervortraten, aufgegeben werden musste. Letztere Diagnose wurde denn auch durch die Section bestätigt. Strausschaid.

423) Berkhan (Braunschweig): Ueber Störungen der Sprache und der Schriftsprache. (Berlin, Hirschwald 1889. 89 Seiten mit Holzschnitten und 2 Tafeln, M. 2,40.)

Das classische Werk Kussmaul's hat den Titel „die Störungen der Sprache“. Wer in der gleich betitelten Broschüre B.'s etwas Aehnliches oder gar noch weitere, auch auf die „Schriftsprache“ ausgedehnten Mittheilung erwartet, der verfällt einer gründlichen Täuschung. B. handelt nur vom Stottern, Stammeln, Poltern, Lispeln und im Anhang von der Störung der Schriftsprache bei Halbidioten. Er mag ja von seinem Standpunkte aus das alles als „ein Stiefkind der Wissenschaft“ bezeichnen, selbst für die Belehrung über diese Gegenstände einen Lehrstuhl verlangen — zu einer derartigen Uebertreibung in der Namengebung des Buches hat er aber kein Recht.

Auch die Verlagshandlung scheint verpflichtet gewesen darüber zu wachen, dass ein dem sehr bescheidenen Inhalte der Broschüre entsprechend bescheidener Titel gewählt wurde. Dieser allgemeine, ein umfangreiches Gebiet der Pathologie umfassende Titel eines Buches, dessen Inhalt ein winzig kleines Capitelchen aus diesem Gebiete behandelt, das obendrein fast noch mehr Interesse für den Schulmeister als für den Arzt enthält, ist geradezu eine Täuschung. Hoffentlich wird dies Verfahren nicht Mode. Erlenmeyer.

424) Peyer (Basel): Ueber Bulimie oder Cynorexie.

(Correspond.-Blatt für Schweiz. Aerzte. 15. October 1888.)

Verf. theilt interessante Beobachtungen über das verstärkte Hungergefühl in acutem und chronischem Auftreten mit. In einem acuten Falle fand er eine 32jährige, robuste Frau jammernd auf dem Bette einer Nachbarin liegen; die Nachbarin und ihre Tochter waren eifrig damit beschäftigt, Eier aus einem Korbe zu nehmen, sie zu zerschlagen und der Frau zu geben, die sie mit zitternder Hast hinunterschluckte; in wenigen Minuten hatte sie 25 Stück genossen, und verlangte mehr. Das Hungergefühl war zugleich mit einer peinlichen krankhaften Empfindung im Epigastrium plötzlich aufgetreten, während sie der Nachbarin von dem unglücklichen Ausgang ihres Ehescheidungsprocesses erzählte; den ganzen Tag über währte der Hunger, und P. glaubt trotz

fortwährenden Essens sterben zu müssen. Am andern Tage war sie vollkommen gesund, und fühlte nicht die geringste Indigestion von ihrer Mahlzeit.

Verf. betrachtet diesen Anfall für einen typischen Fall, acuter Bulimie, einer acuten Neurose der Magennerven; an Hysterie denkt er dabei gar nicht. Chronische Fälle sind häufiger, zeigen nach mässigen Mahlzeiten ein normales Sättigungsgefühl, aber einen nach höchstens zwei Stunden wieder auftretenden Hunger von abnormer Form und abnormer Intensität. Wenn der Hunger nicht gestillt wird, kommt es zu Erscheinungen die an Ohnmacht oder Collaps grenzen; Nachts wachen die Kranken oft mit nagendem Hunger auf. Bei einer von einer Pneumonie genesenden Dame trat jede Stunde Hunger auf, unter Angstgefühlen, anhaltendem Gähnen, reichlichem Sch weiss und Benommenheit. Nach einer kleinen Mahlzeit wurde ihr wieder wohler; mit der fortschreitenden Reconvalescen z verloren sich diese Erscheinungen; in einem ähnlichen Falle verschwand der Zustand nach Beseitigung einer chronischen Endometritis. Gelegentlich werden trotz steter Abmagerung, in chronischen Fällen enorme Quantitäten verzehrt. In einem Falle, dem einer sehr bösartigen Frau, trat mit der warmen Jahreszeit, zugleich mit einer milderer Gemüthsart, Druck im Hinterkopf, Gedächtnisschwäche, ein Hunger auf, der jede zweite Stunde ansehnliche Mahlzeiten erforderte; Nachts mussten Speisen neben dem Bette stehen; erst im Herbst hörte der Hunger auf, und die Patientin wurde wieder recht unliebenswürdig. Mutter und Brüder litten an heftigen Anfällen periodischer Neurasthenie. (Der Fall ist doch wohl als periodische Psychose anzusehen. Ref.) In andern Fällen hungern die Kranken permanent, vor, bei und nach den Mahlzeiten; meist sind Erscheinungen von Hysterie oder Neurasthenie gleichzeitig vorhanden; unter den Ursachen sind neben erblicher Degenerationszuständen des Nervensystems vorausgehende erschöpfende Krankheiten oder schwere Sorgen sehr häufig. Die Behandlung muss möglichst gegen die causa morbi gerichtet sein. Kurella.

425) Buchholz (Heidelberg): Zur Kenntniss des Delirium acutum. (Zwei Fälle von wachsender Degeneration der Skelettmuskulatur.)

(Arch. f. Psych. XX. 3. 788.)

Der bisher von sämmtlichen Autoren anerkannte Symptomencomplex des Delirium acutum: plötzlicher Beginn, Hallucinationen, Delirien, Bewusstseinsstörung, rapider Kräfteverfall, Temperatursteigerung, auffallende Remissionen und motorische Störungen — betraf zwei Frauen im Alter von 26 und 45 Jahren, und führte in 24 bzw. 11 Tagen zum Tode. Der diesen schweren Störungen entsprechende pathologische Befund im Centralnervensystem war — in Uebereinstimmung mit früher beschriebenen Fällen — auffallend gering und bestand im wesentlichen in leichter chronischer Entzündung der Rückenmarkshäute, in hyaliner Gefässdegeneration und dem Vorhandensein zahlreicher corpora amy-lacea ebenfalls im Rückenmark, ferner in zerstreuten Blutungen des

Centralnervensystems und Hyperämie der Grosshirnrinde. (Eine abnorme Configuration der grauen Rückenmarkssubstanz bei der zweiten Patientin ist als accidenteller Befund aufzufassen.)

Dagegen war sicher eine *wesentliche Veränderung* die *wachsartige Degeneration* an verschiedenen Stellen der *Skelettmuskulatur*, welche in den *Recti abdominis* sich am meisten ausgedehnt hatte. Freilich war sonst die räumliche Verbreitung fast überall gering, doch wurden fast alle Stadien vertreten gefunden, von den ersten Anfängen einfacher Quellung bis zum vollendeten Prozess. Die Herzmuskulatur zeigte nur körnige Trübung. —

Ausser dieser mehr allgemeinen Erkrankung kamen *circumscribed Veränderungen* zur Beobachtung: nämlich lokale Atrophie der Fasern mit entsprechender Bindegewebswucherung; offenbar war aber diese Veränderung chronischer Natur.

Ueber die Aetiologie der Muskelerkrankung glaubt der Verf. seine zuverlässige Theorie aufstellen zu können, es werden die analogen Affectionen bei Typhus abdominalis erwähnt und als eventuelle causale Momente die Temperaturerhöhung und die excessive Muskelleistung während der tobsüchtigen Erregung angegeben.

Zum Schluss spricht Buchholz die Vermuthung aus, dass es sich bei Delirium acutum um Infection handeln könne; jedoch waren mit dem Blute angestellte Impfversuche (auf verschiedenen Nährböden) ohne Erfolg geblieben, die Culturen blieben sämmtlich steril.

Langreuter.

426) A. Leppmann (Berlin): Geistesstörung nach einer Kopfverletzung. (Breslauer ärztliche Zeitschrift. 10. 1889.)

Paul L., geb. 1855, erblich nicht belastet, wurde am 10. März 1887 von einem 5 Pfund schweren Winkelhebel so auf den Kopf getroffen, dass er an der linken Seite des Hinterkopfes eine 2 Zoll grosse Wunde davon trug. Keinerlei Symptome einer commotio cerebri. Die Wunde heilte im Krankenhaus per secundam. Darauf nahm Pat. seine Beschäftigung in einer Zwirnfabrik wieder auf. Im Monat Juli hat Pat. mehrmals epileptiforme Krämpfe. Im September fühlt sich Pat. krank, wird ins Krankenhaus nicht aufgenommen, weil er anscheinend geistesgestört sei. Er geht selbst nach Berlin, sucht in's kaiserliche Palais einzudringen und kommt deshalb auf ein physikatsärztliches Attest, dass er geisteskrank sei, in die Irrenabtheilung der Charité. Dort blieb er einen Monat, zeigte eine grosse Anzahl Wahnideen meist religiösen Inhalts und einen mässigen Schwachsinn. Die Diagnose lautete damals: Paranoia religiosa, in Schüben dementia. Von dort kam er nach Dalldorf, wo er über 2 Monate blieb. Neben hypochondrischen Klagen und Grössenideen zeigte er eine nicht unbeträchtliche Dementia. Pat. blieb des weiteren in den Krankenhäusern zu Sagan und Bunzlau bis zum Juni 1888, wo er als geheilt entlassen wurde. Aus

dem Vorleben des Pat. sei erwähnt, dass derselbe bis zu der Verletzung immer im wesentlichen gesund war und einen ordentlichen Lebenswandel führte; nur kurz nach der Verheirathung im Jahre 1880 soll er vorübergehend etwas getrunken haben.

Verf. vor die Frage gestellt, ob der am 10. März 1887 erlittene Unfall die Veranlassung zu der später bei L. aufgetretenen Geistesstörung war, beantwortet dieselbe dahin, dass die Geisteskrankheit des p. L. wahrscheinlich eine Folge der Kopfverletzung ist, welche er am 10. 3. 87 erlitten hat. Verf. stützt sein Urtheil darauf, dass bei dem Pat. keine sonstigen ursächlichen Momente für das Entstehen einer Psychose anzufinden sind, dass dagegen erfahrungsgemäss Kopfverletzungen durchaus geeignet sind, eine Geistesstörung zu veranlassen. Die Zwischenzeit von 6 Monaten zwischen Verletzung und Ausbruch der Psychose widerspricht erfahrungsgemäss diesem Zusammenhange nicht; auch liegen in den der Krankheit vorausgehenden epileptiformen Anfällen, welche fast sicher auf die Kopfverletzung zurückzuführen sind, gleichsam die Vorboten der später eintretenden Geistesstörung vor. Auch die Eigenart der durch Kopftraumen hervorgerufenen Geistesstörungen, dass sie alle ein schwachsinniges Gepräge haben, ist in dem erwähnten Falle scharf ausgesprochen. Endlich sind auch jene für die erwähnten Psychosen charakteristischen eigenthümlichen Gefühlsstörungen in verschiedenen Theilen des Körpers, welche zu hypochondrischen Klagen, ja zu Vergiftungswahnideen Anlass geben, bei L. in der Charité, in Dalldorf sowie in Sagan beobachtet worden.

In seiner Arbeit stellt Verf. bei der Frage, ob man Alkoholepilepsie von der gemeinen Epilepsie unterscheiden könne, folgende Merkmale als Kriterien der Alkoholepilepsie auf: 1.) Eintritt der Anfälle nach gehäuften Trinkexcessen. 2.) Stetes Vorkommen in Serien, welche sich zum status epilepticus steigern können. 3.) Unmittelbares Gefolgtsein von alkoholisch gefärbter geistiger Störung, namentlich von Anfällen von Delir. potat.

Strausscheid.

427) **A. Pick** (Prag): Zur Lehre von den sog. hypochondrischen Anfällen nebst Bemerkungen zur Pathologie der motorischen Sprachvorstellungen. (Prager medic. Wochenschrift 27. 3. 1889.)

Wenngleich die Kenntniss der hypochondrischen Anfälle, wie Verf. an der Hand der Literatur nachweist, schon eine alte ist, so ist sie doch kaum über den Kreis der Fachgenossen gedrungen, zum Theil wohl desshalb, weil diese Anfälle in der Mehrzahl der gebräuchlichen Lehr- und Handbücher nicht oder nicht genügend erwähnt sind.

P. liefert folgenden Beitrag: Am 3. Juni 1888 wurde die 55jährige ledige A. D. in der Prager Klinik aufgenommen. Sie ist erblich nicht belastet, überstand vor 7 $\frac{1}{2}$ Jahren eine 3 Monate dauernde Krankheit, die einen melancholisch hypochondrischen Character gehabt hat,

Anfang Mai 1888 erkrankte sie abermals, war sehr deprimirt, weinte viel, sprach wenig, klagte über Leibschmerzen; „der Leib sei wie umgedreht, dann bekomme sie es auch in die Stirne und Augen; die zunehmende Schwäche der Augen, die Furcht närrisch zu werden habe sie unglücklich gemacht.“ Die somatische Untersuchung ergibt, durchaus normale Verhältnisse bis auf eine entschiedene allgemeine Hauthyperaesthesie. Ihre Intelligenz erschien im allgemeinen nicht gestört, nur äusserte sie einmal, sie habe in einer Schachtel den Teufel verbrannt und der verfolge sie jetzt, eine Aeusserung, die P. als noch an der Grenze zwischen Aberglauben und Wahnidee stehend betrachten möchte. Die ganze Krankheit ist also eine schwere Hypochondrie. Bei dieser Pat. zeigten sich nun eigenthümliche Bewegungsstörungen. Einmal traten häufig Schüttelbewegungen auf, die in einem Theile beginnend bald den ganzen Körper in Mitleidenschaft zogen; diese Schüttelbewegungen machten den Eindruck des Willkürlichen; angesprochen, wird Pat. ruhig; sie sagt, das Schütteln komme von selbst; wenn es somit ihr herumzerre, mache sie lauter Unsinn, wenn es sehr stark komme, wisse sie von nichts und könne sich nicht helfen. Ausserdem traten wiederholentlich grössere Anfälle auf, in denen sich die Kranke nach schüttelnden und schaukelnden Bewegungen, während welcher sie nicht sprechen kann, auf die Erde fallen lässt, auf allen Vieren umherkriecht, winselt, heult, wie ein Hund bellt, heftig mit den Armen schüttelt, und gegen den Boden schlägt. Pat. erklärt zu allen diesen Bewegungen gezwungen zu sein; einmal habe sie mit Bezug auf ihre Leibschmerzen geäussert „verfluchter Hund, ich reisse dich heraus“ und seitdem komme ihr, wenn die Leibschmerzen auftreten, jedesmal in den Sinn, „der Hund beisst“ und dann beisse und heule sie so. Pat. wird also durch heftige Leibschmerzen zu diesen hundeartigen Gebahren gebracht. Als charakteristische Eigenthümlichkeiten der geschilderten Bewegungsstörungen stellt Verf. hin: Erhaltenbleiben des Bewusstseins während der Anfälle, den Einfluss der Vorstellungen und körperlichen Sensationen auf das Auftreten wie das Aufhören derselben, endlich der coordinirte, dem willkürlichen nahestehende Charakter der Bewegungen. Durch diese Eigenthümlichkeiten unterscheiden sich die Anfälle von den epileptischen und einem Theile der hysterischen. Besonderes Interesse beanspruchen jene Bewegungen, die als Bewegungsimpulse in die Erscheinung treten und sich so vollziehen, dass mit dem Auftreten der Vorstellung einer bestimmten Bewegung auch sofort diese Bewegung in zwangsmässiger Weise ausgeführt wird; besonders deutlich tritt dies hervor in der Erklärung der Kranken für ihr dem Hunde ähnliches Beissen. Derartige Zwangsbewegungen werden leicht mit den Einflüssen feindlicher Mächte (hier dem Teufel) in Zusammenhang gebracht und spielen in der Geschichte des Besessenseins eine grosse Rolle. Unter den Zwangsbewegungen spielen diejenigen sprachlicher Natur eine wichtige Rolle; Verf. zeigt wie schon von Baillarger an die Kenntniss von den motorischen Sprachvorstellungen bei den Aerzten vorhanden war und blieb und wie dieselbe für die Deutung der psychischen Hallucinationen ver-

werthet wurde. Auch die als ein Symptom der maladie des tics beschriebene Koprolalie, die ähnliche Erscheinung bei Hysterischen, endlich Zwangsbewegungen sprachlicher Natur bei den von den Franzosen genannten Dégénérés und schliesslich bei Neurasthenischen sind in der Pathologie der motorischen Sprachvorstellungen begründet.

Strauscheid.

428) Riegel (Kempten): Ein Fall von mania transitoria.

(Friedr. Bl. f. ger. Med. 40. Jahrg. 2. Heft März und April.)

Akten. Der Fabrikarbeiter N., ein nüchterner und sehr ordentlicher, stiller Mensch, klagt am 27. 6. 87, einem etwas heissen Tage über heftiges Kopfweh, ist seiner Frau gegenüber gereizt, zerbricht eine Kaffeefasse, indem er sie an die Wand wirft und äussert, es würde heute noch mehr hin sein. Als die Nachbarn nach einiger Zeit in der Wohnung des N. Feuer bemerken und die von Innen verschlossene Thüre sprengen, finden sie die mit Petroleum begossenen Betten in Flammen und den N. an einem Waschseile am Thürkloben erhängt. Derselbe wird abgeschnitten, zum Athmen gebracht und in das Spital geschafft, wo er die ganze Nacht ruhig schläft und am anderen Tage völlige Amnesie für das Vorgefallene zeigt. Ueber die Ascendenz ist nichts zu ermitteln. Eine Schwester ist kränklich und psychisch zweifelhaft.

Persönliche Untersuchung. N. ist 50 Jahre alt, klein und schwächlich, schwerhörig. Schädel normal, Wesen etwas gedrückt und ängstlich. Hat nie an Fluxionen zum Kopfe, oder epileptiformen Anfällen, dagegen manchmal an Kopfweh gelitten. Er ist gegen Alkoholika nicht sehr empfindlich, kein Potator, nicht jähzornig. Wie er zu Brandstiftung und Selbstmordversuch kam, ist ihm völlig räthselhaft. Es besteht völlige Bewusstseinslücke für die Zeit von dem Moment, wo er sich wegen stärker gewordenen Kopfwehs auf das Kanapee setzte, bis zu seinem Erwachen im Spital.

Gutachten. Der Vorgang entspricht vollständig dem Bilde der sogenannten mania transitoria, wobei vor und nachher geistig gesunde Menschen in akutem Delir gewalthätige Handlungen begehen, um dann tief einzuschlafen. Das anscheinend zweckbewusste Handeln erklärt sich aus krankhaft gesteigerter Funktion relativ niederer Hirncentra bei Ausschaltung der höchsten.

Landsberg.

Berichtigung.

Seite 450 ist Zeile Nro. 26 von unten „Die zweite schliesst in sich die Frage“ ausgefallen.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrstrasse 28).

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Ffg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. September 1889.

No. 17.

Inhalt.

- I. Originalien.** Kehlkopftuberculose als anatomisches Substrat des Globus hystericus. Kurze Notiz von Dr. Langreuter in Eichberg.
- II. Referate und Kritiken.** Pal und Bergergrün: Ueber Centren der Dünndarm-Innervation. Tacherowow: Zur Frage vom Einflusse der elektrischen Reizung der Grosshirnhemisphären auf den Blutlauf. Burkardt: Tumor des thalamus. Booth: Kleinhirngeschwulst. Saenger: Ein Fall von corticaler Hemianopsie mit Sectionsbefund. Bywalkewitsch: Juvenile progressive Muskelatrophie mit Pseudohypertrophie. Dejerine: Die periphere Natur der Muskelatrophie bei Tabes. Pick: Anatomischer Befund bei einseitigem Fehlen des Kniephänomens. Hammond: Die Behandlung der Ataxie und anderer Nervenkrankheiten durch Suspension. Lorentzen: Ein geheilter Fall von Landry'scher Paralyse. Henschen: Rheumatischer tic convulsif mit Verdickung des Facialis-Stammes. Peterson: Beitrag zum Studium des Muskelzitterns. Eulenburg: Ueber Athetose. Eulenburg: Ueber Lähmung durch polizeiliche Fesselung (Arrestantenlähmung) der Hände. Wagner: Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden. Morgan: Symmetrische Gangrän bei Syphilis. Wiglesworth and Bickerton: Beziehungen zwischen Epilepsie und Refraktionsanomalien des Auges. Malret: De l'épilepsie procursive. Ziehen: Ueber einen Fall alternirender Ophthalmoplegia externa complicirt mit Geisteskrankheit. Koeppen: Ueber Albuminurie und Proptonurie bei Psychosen. Landerer: Ueber formale Denkmörungen als Degenerationszeichen und psychische Krankheitssymptome. von Kraft-Ebing: Vier gerichtsarztliche Gutachten. Der 46 Jahresbericht über die staatliche Irrenanstalt zu Utica.
- III. Aus den Academien und Vereinen.**
Kopenhagener Medicinsk Selskab.
Schmiegelow: Ueber Aethma und sein Verhältniss zu Nervenkrankheiten.

I. Originalien.

Kehlkopftuberculose als anatomisches Substrat des Globus hystericus.

Kurze Notiz von Dr. LANGREUTER in Eichberg.

Der interessante, durch Nebenumstände sehr verzeihliche, diagnostische Irrthum betraf den Fall einer 44jährigen Tagelöhnerin, welche mit dem classischen Krankheitsbild der *Hysterie* und *Imbecillität* am 23. 3. 1889 in die Anstalt Eichberg aufgenommen wurde

und bereits nach 14 Tagen starb. — Es hatte functionelle Parese der unteren Extremitäten bestanden, eine charakteristische Schläflichkeit in der gesamten motorischen Sphäre, dazu Sensationen, Paraesthesien, Kopfdruck, eine eigenthümlich abgebrochene Sprechweise mit nasaler Klangfarbe und ein hartnäckiger ructus, dessen fast ununterbrochenes heulendes Geräusch auf weite Entfernung gehört werden konnte. In allen diesen Symptomen lag eine gewisse Absichtlichkeit und Neigung zur Uebertreibung. Im übrigen trat die psychische Seite der Hysterie durch den zugleich bestehenden Schwachsinn um so charakteristischer hervor. Da auch die Anamnese der Patientin reichlich hysterische Erscheinungen aufwies „Lungen- und Schreikrämpfe“, „Kopfdruck“, bössartige Gemüthsart u. dgl. — so war es gewiss verzeihlich, dass von uns ein weiteres Schlund- Kehlkopf-Symptom als „globus“ angesprochen wurde. Die Kranke äusserte nämlich wiederholt — sowohl wörtlich wie pantomimisch — : sie müsse etwas in der Kehle stecken haben. Sie machte mit Vorliebe eigenthümlich forcierte Schluckbewegungen, deutete zuweilen mit verzerrtem Gesicht auf die Kehlkopfgegend, sagte in abgebrochenen Lauten „das müsse heraus“, klagte auch wohl über „Brand“ — aber alles dieses in der den Hysterischen eigenen theatralischen Weise, sodass — obgleich auch wirkliche Schlingbeschwerden vorhanden waren — die Möglichkeit einer organischen Veränderung nur vorübergehend erwogen wurde. Man konnte eine solche um so weniger annehmen, als äusserlich weder Schwellung noch besondere Schmerzhaftigkeit vorhanden waren, Rachen und Lunge vollständig frei betunden wurden. Wegen der Kürze der Behandlungszeit unterblieb die laryngoscopische Untersuchung. — Die Section der nach rasch zunehmender Erschöpfung gestorbenen Patientin ergab nun freilich eine sehr handfeste pathologisch-anatomische Grundlage für den „globus hystericus“ — nämlich ausgedehnte tuberculöse *Verschwärung* des ganzen *Kehlkopfseingangs*, und zwar vollkommen isolirt, da Lunge und Darm intact waren. — Ein kürzlich in diesem Centralblatt erschienenes Referat (Jhrg. 89 p. 219) berichtet von einem über ein Jahr im Schlundkopf eines Geisteskranken ertragenen Fremdkörpers. Derselbe (eine Kastanie) hatte dort ausgedehnte Geschwüre bewirkt und intra vitam zu „hypocondrischen“ Wahnvorstellungen Veranlassung gegeben. Es dürfte in diesen beiden Krankheitsgesichten eine Mahnung liegen in der Deutung von „nervösen“ Symptomen bei Hysterie und Hypochondrie nicht zu schematisch zu verfahren.

II. Referate und Kritiken.

429) J. Pal und J. Berggrün: Ueber Centren der Dünndarm-Innervation. (Medicin. Jahrbücher. Neue Folge. Jahrgang 1888.)

Die Verf. haben an curarisirten Hunden jene Stellen des Centralnervensystems, an welchen der Durchgang durch Hemmungsfasern zu vermuthen war, durchschnitten, respective von ihren höher gelegenen Centren getrennt, die vermutheten Hemmungsimpulse also aufgehoben,

und dann erst die *Ni. vagi* gereizt. Die Beobachtungen beziehen sich lediglich auf die Bewegungen des Jejunum und Ileum. Das Ergebniss der Versuche lautete, dass sich die gesuchten Hemmungsfasern durch die *Medulla oblongata*, den Streifenhügel bis an den *Gyrus sigmoideus* erstrecken. Mit diesen Hemmungsfasern müssen nothwendigerweise Gefässnerven verlaufen, deren Durchschneidung die Hyperämie des Darmes hervorruft.

Goldstein.

430) **Tscherewow** (Charjkow): Zur Frage vom Einflusse der elektrischen Reizung der Grosshirnhemisphären auf den Blutlauf.

(Wratsch Nro. 26.)

Hinsichtlich dieser Frage giebt es in der Literatur folgende That-
sachen: bei Reizung bestimmter Bezirke der Grosshirnrinde wird in den meisten Fällen eine Erhöhung, äusserst selten aber eine Erniedrigung des Blutdrucks beobachtet, die Herzthätigkeit wird Anfangs beschleunigt, später verlangsamt, zugleich werden die vasomotorischen und die Vaguscentren erregt. (Danilewski, François Frank.) Es wurde der Versuch gemacht, die verschiedenen Stellen zu bestimmen, von welchen aus durch Reizung primär einerseits der Blutdruck erhöht, andererseits herabgesetzt werden kann. Die Herzaction wird in der grössten Mehrzahl der Fälle beschleunigt, aber nicht verlangsamt (bei schwachen Strömen Bechterew), es gibt in der Gehirnrinde Centren, welche das vasomotorische Centrum im verlängerten Marke beeinflussen (Wärmecentrum, Enlenburg und Landois), einige Beobachter sprechen von „vielen“ Centren (Balok (?), Bochefontaine), andere leugnen jedes Centrum (Danilewski, Conty, François Frank), einige lassen nur eine gefässverengernde Wirkung der Rinde gelten (François Frank), andere nehmen nebenbei noch einen gefässregenden Einfluss derselben an, Bechterew, Stricker u. A.; letzterer meint, dass diese Centren über Gehirn und Rückenmark zerstreut seien und dass eine Reizung der Hirnrinde ausserhalb der motorischen Zone (beim Hunde) den Blutkreislauf nicht beeinflusst. Es wird behauptet, dass die Wirkung auf das Herz bald gekrenzt durch den Vagus, bald ungekrenzt vor sich gehe, dass starke plötzliche Steigerung die Herzbewegung verlangsamt, eine schwache und allmähliche aber dieselbe beschleunige, dass während der verlangsamenen Herzthätigkeit sich einen tonischen Zustand des Herzmuskels darstelle, dagegen dieser während der beschleunigten Function in einem klonischen Zustande sich befinde, ähnlich, wie wir es bei Rindenepilepsie in den willkürlichen Muskeln sehen (François Frank); endlich wird vorausgesetzt, dass die cardialen vasomotorischen Fasern sich fächerförmig in der Hirnrinde verbreiten (Bochefontaine).

Verf. hat nun im physiologischen Laboratorium der Charjkower Universität unter der Leitung von Prof. W. Danilewski Versuche an curarisirten Hunden theils mit dem Dubois-Reymond'schen Schlittenapparate theils mit dem Fleischl'schen Apparat angestellt,

wobei bald die Rinde, bald die weisse Substanz, bald der Streifenhügel gereizt wurden, der Blutdruck und die Herzthätigkeit wurden mit dem Ludwig'schen Kymographion verzeichnet; er ist dabei zu folgenden Resultaten gekommen.

1. Schliessungs- und Oeffnungsschläge (10—15 in einer Sitzung) des constanten Stromes (wie viel M. A.?) bewirkten eine kaum bemerkbare Erhöhung des Blutdrucks ohne jegliche Veränderung der Herzthätigkeit.

2. Der inducirte Strom bringt bessere Effecte hervor.

3. Der durch das Fleischl'sche Rheonom (allmählich anschwellende und abnehmende Reizung) bedingte Effect wird nur bei gewisser Umdrehungsgeschwindigkeit und Dauer der Reizung hervorgebracht. Während der ersten Periode entsteht eine Vermehrung der Herzschläge ohne Druckveränderung, in der zweiten — Verlangsamung und Verstärkung der Herzsystole mit mässiger Druckerhöhung, in der dritten, endlich von Neuem Beschleunigung der Herzschläge und Sinken des Blutdrucks unter die anfängliche Norm; zuweilen kann die eine oder die andere Periode fehlen.

4. Reizung einzelner, den Hitzig'schen psychomotorischen Centren entsprechender Stellen bewirkte meist eine Erhöhung des Drucks zuweilen bis 110 und mehr Mm. Hg. und eine Verlangsamung der Herzbewegungen bis zu 40 und mehr in einer Minute; die systolische Ventrikelwelle gab bei einmaliger Contraction in dieser Periode eine Amplitude der kymographischen Curve bis 96 Mm. Kg.

5. Es gibt Fälle, in welchen der Blutdruck sich besonders verstärkt bei kaum beschleunigter Herzaction, doch kommen auch andere vor, in welchen bei bedeutender Erhöhung des Blutdrucks das Herz anfangs häufig schlägt, aber auf der Acme des Blutdrucks rasch langsamer sich zu contrahiren anfängt. In diesen Fällen beginnt der Druck bei gleichzeitig schwächer werdenden Herzcontractionen allmählich zu sinken und zwar bis zu der, vor der Reizung vorhanden gewesenenen Höhe und erhebt sich (was gewöhnlich geschieht) 1—2 über die Anfangshöhe.

Bei Reizung einiger Rindenstellen hatte Verf. Gelegenheit, ein *primäres*, d. h. ein unmittelbar der Reizung folgendes Sinken des Druckes zu beobachten, welches selten 30 Mm. Hg. überstieg; es scheint die betreffende Stelle für dieses primäre Sinken des Blutdrucks in der 2. Windung des Hundehirns 10 Mm. nach hinten und unten vom Facialiscentrum zu liegen und ist natürlich bilateral.

6. Reizung des N. tibialis bewirkt häufig dieselbe Druckerhöhung, aber ohne Veränderung der Herzthätigkeit, wie die Reizung der Rinde oder, besser, der weissen Substanz der Grosshirnhemisphäre. Die Autoren erwähnen entweder gar nicht dieser Thatsache oder halten den Effect für schwächer (Reizung des Ischiadicus Bochefontaine); er geht bald vorüber.

7. Die unter den psychomotorischen Centren gelegene weisse Substanz gibt hinsichtlich der Stärke des Blutdrucks dieselben Effecte,

wie die Hirnrinde, doch sind die secundären*) Wirkungen viel schwächer, als die von der Hirnrinde producirt.

8) Nur die vorderen Theile der Hemisphären beeinflussen Herz und Gefässmuskeln, alle übrigen Abschnitte bleiben wirkungslos oder setzen Veränderungen im Gefässsysteme, welche dem blossen Auge kaum merklich, nur beim Messen mit dem Cirkel erkennbar sind. Führt man einen senkrechten Frontalschnitt gleich hinter den Sehhügeln durch die Hemisphären, so gibt die nach vorn von dem Schnitte befindliche Rindenoberfläche und die darunter liegende weisse Substanz die betreffenden Effecte, die nach hinten gelegenen aber gar keine.

9. Die Dauer der Latenzperiode bleibt während des Versuches längere Zeit unverändert, sowohl hinsichtlich des Blutdrucks, als auch der Herzbewegungen; diese Erscheinung hat Verf. sonst ausschliesslich nur in der pars posterocriata beim Hunde, dicht neben dem Facialis-centrum beobachtet.

10. Die Uebertragung der Reizung von den Hemisphären auf die Vagi geschieht immer gekreuzt.

11. Der Effect bei Reizung des Streifenhügels erfolgt unmittelbar mit dem Beginne der Reizung, äussert sich durch starke Beschleunigung der Herzthätigkeit und vermag den Blutdruck auf 140 Mm. Hg. und mehr zu steigern, zu Ende der Reizung beginnt der cardio-vasculäre Effect *sofort* sich auszugleichen und zwar merkwürdig allmählich, eine gerade absteigende Linie darstellend.

12. Die Effecte, welche durch Reizung der Rinde, der weissen Substanz und des Streifenhügels entstehen, überdauern in allen Fällen bedeutend die Zeit der Reizung.

13. Der durch anhaltende Reizung der activen Stellen der Hirnrinde erzielte dauernde Effect wird, bei Aufhören des Reizes und nach Application von Eis oder warmen (40—45° R.) Wassers auf die gereizte Stelle nicht abgeschwächt, ebenso wenig thut es mit Aether getränkte Watte.

14. Schräge Abtrennung (Abschneidung) der peripheren Stellen schwächte unter denselben Bedingungen zuweilen den Effect ab, zuweilen auch nicht.

15. Verf. sah einen Einfluss sowohl auf die primären, als auch auf die secundären Effecte nur bei senkrechter Abtrennung der vordern Lappen von den hintern, wenn der Schnitt 2—2½ Ctm. hinter der gereizten Stelle geführt wurde. Der Druck fällt dabei rasch und bleibt längere Zeit auf einer und derselben Höhe stehen. Die Herzthätigkeit regelt sich auch bei diesem und geben beide Factoren zusammen der hykmographischen Curve nachgeführtem Schnitte dieselbe Form, wie vor der Reizung.

Hinze.

*) Unter secundärer Wirkung versteht Verf. diejenige, bei welcher zuweilen bei nur einmaliger Reizung der Hirnrinde nach der primären, unmittelbaren Wirkung noch 4—5 Mal in kurzen Intervallen dieselbe Form der Curve des Blutdrucks und der Herzthätigkeit, wie beim primären Effecte auftritt.

431) **G. Burekardt** (Préfargier): Un cas de tumeur de la couche optique et du lobe temporal. (Revue médicale de la Suisse romande. 20. déc. 1888.)

Eine 60 Jahre alte Frau bekam vor 10 Jahren heftige Anfälle von Kopfschmerzen, war seit der Zeit sehr empfindlich gegen Kälte. Vielfache Zahnschmerzen hatten den Verlust aller Zähne des Oberkiefers im Gefolge. Im Jahre 1885 hatte Pat. infolge einer Pharyngitis granulosa vielfach Halsschmerzen. Manchmal bekam sie damals eine plötzliche Müdigkeit, dabei Fieber, Frösteln, Hitze, Schweiss, Appetitmangel begleitet von Schmerzen im ganzen Rumpfe. Im Oktober 1887 kamen die Kopfschmerzen immer heftiger wieder und waren von einer unangenehmen Spannung in der rechten Schulter begleitet, die sich bald auf den Hals und beide Ohren ausdehnten. Zu gleicher Zeit bemerkte Pat. dass sie zwar hören konnte, aber das Gehörte immer schlechter verstand, ebenso konnte sie sehen, ohne das Gesehene zu verstehen. In der Folge schrieb Pat. auch bald falsch. Im Dec. 1887 bekam sie eine linksseitige Conjunctivitis die ihr viel zu schaffen machte. Die Worttaubheit und Wortblindheit nahmen immer mehr zu. Dabei zeigte eine Augenuntersuchung gute Sehschärfe, normalen Augenhintergrund. An manchen Tagen war Pat. ganz stumpf, dann wurde sie wieder lebhafter. Auch der Grad der Worttaubheit wechselte. Das Sprechen wurde schwer, oft fehlten der Pat. die richtigen Worte und musste sie zu Umschreibungen die Zuflucht nehmen. Bald stellte sie auch unvernünftige Worte zusammen, eine starke verbale Ataxie machte sich geltend. Das Dictirte schrieb sie Anfangs gut nach, doch im Jan. 1888 hörte auch dies auf. Im Febr. 1888 plötzliche rechtsseitige Lähmung, complete Aphasie, Erbrechen; die linken Extremitäten wurden fortwährend in sonderbarer Weise bewegt. Tod am 21. März 1888.

Die Section ergab das Bestehen zweier Spindelzellensarkome im Gehirn; davon nahm das grössere die Stelle des linken thalamus opticus ein, dessen Volumen auf das 3 bis 4fache vergrössert war. Die umliegenden Gewebe waren wohl etwas gedrückt, jedoch nicht in ihrer Structur verändert; eine Ausnahme hiervon machte die innere Kapsel, die in einem Zustande rother Erweichung war. Der andere weit kleinere Tumor lag im linken Temporallappen, jedoch wesentlich in der corona radiata; er drang nirgends bis zur Hirnoberfläche durch.

Im Anschluss an diesen Fall nimmt Verf. Gelegenheit, die verschiedenen Theorien über die Function des thalamus opticus zu prüfen; es liegt ja in dem oben beschriebenen Falle eine complete Zerstörung des linken thal. opt. vor. Die Theorie von Luys, der im thal. opt. ein in den Verlauf der peripheren Sinnesnerven zur Hirnrinde eingeschaltetes Ganglion sieht, ist mit unserm Falle unvereinbar. Auch die Annahme Meynert's von der Localisation des Muskelsinns in den thal. opt. ist unvereinbar mit unserer Beobachtung; denn zu einer Zeit als die Metastase im Temporallappen schon Worttaubheit und Wortblindheit verursachte, also der primäre Tumor den Sehhügel sicher schon zerstört hatte, da wusste sich Pat. unter Benutzung des Muskelsinns zu helfen, indem sie z. B. einen Brief, den sie beim Lesen nicht verstand,

abschrieb und dann verstand. Was die Theorie von Bechterew angeht, der in den Sehhügeln das Centrum für die affectiven Ausdrucksbewegungen sieht, so kann unser Fall nichts zur Lösung des Problems beitragen, weil zur Zeit der klinischen Beobachtung infolge der Betheiligung der innern Kapsel auch die willkürlichen Bewegungen gehemmt waren. Jedenfalls sollte jeder Fall von Sehhügelerkrankung genau untersucht werden um in dieses dunkle Gebiet der Nenropathologie allmählich einige Klarheit zu bringen. Strauscheid.

432) **J. A. Booth:** Tumor of the cerebellum. (Kleinhirngeschwulst.)
The journal of nervous and mental disease. March 1889. pag. 165.)

Ein 10jähriges Mädchen, erblich nicht belastet, früher stets gesund, erkrankte mit Kopfschmerzen und Brechen; diese Beschwerden wiederholten sich anfallsweise in kurzen Zwischenräumen. 3 Monate später constatirte Verf. Fehlen der Lichtreaction, leichte Parese des rectus internus des rechten Auges, Fehlen des Kniephänomens, endlich starke Empfindlichkeit bei Berührung von Kopf und Nacken. Die Temperatur war erhöht, der Puls unregelmässig. Die Diagnose lautete zunächst auf tuberculöse Meningitis, wurde dann jedoch aus neu auftretenden Symptomen berichtigt. Von der Annahme eines Tumors wurde Abstand genommen, da damals noch der ophthalmoskopische Befund negativ war. Der Zustand der Pat. verschlimmerte sich; bald traten auch Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit einhergehend auf.

Einige Monate später bestand vollkommene Blindheit, Paralyse der rechten Gesichtshälfte und Parese des linken Arms; ferner Articulationsstörung sowie erschwertes Schlucken. Unter allgemeinem Kräfteverfall trat der Exitus ein.

Bei der Autopsie fand man ein grosses Geschwulst zwischen beiden Kleinhirnhemisphären, welche noch einen Theil der rechten einnahm und sich in den 4. Ventrikel erstreckte. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als ein Angiosarcom. Ascher.

433) **Alfred Saenger:** Ein Fall von corticaler Hemianopsie mit Sectionsbefund. (Aus der Abtheilung des Herrn Dir. Prof. Kast. Sept.-Abdr. aus der Festschrift zur Eröffnung des neuen allg. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf.)

Bei dem 46 jährigen Kranken, der mit 20 Jahren einen Schanker (ohne Secundärerscheinungen) gehabt hatte und jetzt wegen Lungentuberculose behandelt wurde, entstand plötzlich eine typische *homonyme linksseitige Hemianopsie* (Grenzlinie beiderseits senkrecht durch den Fixirpunkt, Sc, RE (auch der einzelnen Netzhauthälften) und ophth. Befund normal. Pupillen gleich weit, unter mittel, frei beweglich. Der Zustand blieb unverändert bis zum Tode. Sonstige Störungen von Seiten des Nervensystems waren nicht vorhanden; nur eine leichte Schwäche im rechten Mundfacialis war bereits bei der Aufnahme des Kranken bemerkt worden. Das Ende trat plötzlich ein: P. fiel bewusstlos im Bett zurück, mit nach rechts gewendetem Kopfe; die rechtsseitige Facialisparesie war deutlicher als sonst und es bestand Lagophthalmus rechts.

Bei der Section fand sich ein umschriebener Erweichungsherd in der Rinde des rechten Cuneus, der nach unten auf den Lobus lingualis ohne scharfe Grenze überging, im Uebrigen das Gebiet des Cuneus, wenigstens makroskopisch, nicht überschritt. Dazu eine frische Thrombose der A. basilaris und ein kleiner Herd im 3. Glied des rechten Linsenkerns. Verf. citirt die Fälle von Haab, Huguenin, Féré, Seguin, Curschmann, auf Grund deren Nothnagel das optische Wahrnehmungscentrum in die Rinde des Zwickels und der 1. Occipitalwindung verlegte, ferner einen Fall von Hun (Malacie des unteren Theils des Cuneus und Hemianopsie des oberen Quadranten), Schmidt-Rimpler (Hemianopsie nach links in Folge traumatischer Zerstörung des oberen Theils des rechten Occipitallappens; vergl. Ref. Nro. 309) und S. E. Henschen (linksseitige Hemianopsie mit linksseitigen Gesichtshallucinationen — Erweichung des rechten Cuneus und Lobus lingualis).
Heddaeus.

434) Bywalkewitsch: Juvenile progressive Muskelatrophie mit Pseudohypertrophie. Aus dem Militärhospital zu Wilna. (Wratsch Nro. 28.)

Es handelt sich um einen 21 jährigen Soldaten. In der Descendenz seiner Mutter, welche, so wie der Vater, gesund, sind viele Krüppel in Folge einer und derselben Krankheit vorhanden.

Unter 17, von 3 Schwestern stammenden Nachkommen sind nur 3 gesund, dabei aber noch so jung (2, 15, 20 Jahre), dass die Möglichkeit des Befallenwerdens von der Erbkrankheit nicht ausgeschlossen ist, von den 14 übrigen sind 7 Krüppel und 7 im frühen Kindesalter gestorben, von diesen letzteren litten 2 sicher an der Krankheit, von den andern sind keine zuverlässigen Nachrichten vorhanden.

Der Kranke selbst war von seinem 10. Jahre an Hirt, doch konnte er den seiner Obhut anvertrauten Schweinen, Schafen, Kühen und Pferden nicht nachlaufen; im 15.—16. Lebensjahr hörte er auf, zu laufen und Hirt zu sein und bemerkte, dass die Waden bei ihm dicker wurden, schmerzten und das Gehen erschwerten, bald darauf fingen ihm die Oberschenkel an zu schmerzen. Die früher mageren Arme wurden ersichtlich dicker, das Athmen schwerer, dabei Schmerzen hinter dem Brustbein, das Kreuz schmerzt ihm seit ungefähr 10 Jahren, in den letzten $1\frac{1}{2}$ —2 Monaten kann er die Bauchpresse bei der Stuhl- und Harnentleerung nicht mehr anwenden. Vor 2 Jahren legte er sich nach einem Bade im Flusse schlafen und hallucinirte nach dem Erwachen, was später mit ihm geschehen war, weiss er nicht anzugeben, seine Umgebung erzählte aber, dass er im Verlaufe von 5 Monaten wahnsinnig und tobtüchtig gewesen war; augenblicklich sei der Kopf auch nicht in Ordnung, der Kranke lacht und weint sehr leicht bei geringfügigen Veranlassungen.

Patient beklagt sich über allgemeine Schwäche, besonders seien ihm aber die Beine schwach, das Gedächtniss habe gelitten, dabei habe er Schmerzen in Stirn und Schläfen, zeitweilig treten Stiche in den Ohren, aber ohne Sausen auf, Uebelkeit am Morgen bei nüchternem Magen, die Speisen schmecken immer bitter, der Geschmack im Munde

undeutlich. Am normal geformten Schädel sind die Ohrmuscheln platt, die Ohrläppchen enden winklig, die Lippen sind dick, wulstig, die Pupillen gleichmässig erweitert, reagiren träge, die Zunge ist dick, gross, fleischig, etwas nach links abweichend, die uvula ganz nach links verzogen, die Zähne stehen in den Gaumen auseinander und treten stark vor, ebenso wie der Unterkiefer. Das Gesicht ist wenig beweglich, wenig ausdrucksvoll, der Ausdruck ändert sich nur beim Lachen und Weinen, sonst nie, pfeifen kann der Kranke mit Mühe, die Sprache ist nicht deutlich, wobei Lippen und Mund wenig geöffnet werden, zuweilen ist ein Stolpern beim aussprechen von Wörtern bemerkbar, der Kranke sieht alles wie im Nebel, das Gehör rechts ist etwas abgeschwächt. Beim Stehen ist das Kreuz nach innen gebeugt, Brust und Unterleib nach vorn vorgewölbt, das Becken stark nach hinten geneigt, der Thorax oben schmal, unten weiter, hauptsächlich in Folge der Atrophie der grossen Brustmuskeln, welche nur andeutungsweise vorhanden sind, die kleinern Brustmuskeln sind gleichfalls verkümmert, die Atrophie der Rumpfmuskulatur ist besonders stark am Rücken sichtbar, die Schulterblätter treten mit ihren Winkeln und Innenrändern vor und sind ihre Muskeln gleichfalls stark atrophisch, die Längswülste der Rückenmuskeln abgeflacht. Die Arme erscheinen normal, doch bleiben die Bicipites beim Contrahiren weich, der Händedruck ist schwach bei normal aussehender Muskulatur der Unterarme und der Hände. Grosser Hängebauch, immer etwas aufgetrieben, die Defécation und die Haruentleerung gehen normal. aber mit Mühe und langsam — bis zu einer halben Stunde — von Statten, die Bauchmuskeln sind gleichfalls atrophisch. Der Harn wird häufig, aber in geringen einmaligen Mengen entleert, Tagesquantum 2000—3000 Cm³, spec. Gew. 1,011, strohgelb, enthält keine abnormen Bestandtheile. Die Glutäen sind stark entwickelt und werden beim Zusammenziehen hart, die Oberschenkel sind deutlich abgemagert, die Wadenmuskeln entschieden verdickt, messen im Umtange 38,5 Cm. In folgenden Tabellen stellt Verf. die Normalmasse von Krause (Anatomie II. pag. 9.) mit den von ihm an 25 gesunden Bauern und den am Kranken gewonnenen, zusammen.

Umfang der Extremitäten in Cm.	Krause.	Gesunde Bauern.	Der Kranke.
Oberarm — oberer Theil	28.	28.	24.
Unterarm — oberer Theil	27.	26.	25.
Unterarm — unterer Theil	19.	17,5.	17.
Handgelenk	18.	17.	16,5.
Oberschenkel — oberer Theil	51.	51.	44,5.
Oberschenkel — Mitte	47.	45.	35.
Oberschenkel — unterer Theil	35.	35.	33,5.
Kniee	34.	34.	34,5.
Unterschenkel unterhalb des Knie's	31.	30,5.	33.
Waden	37.	32,5.	38,5.

Die Waden fühlen sich weich welk an, die Haut der Ober- und Unterschenkel ist normal, wird aber leicht roth, kalt und marmorirt. Der Gang des Kranken ist sehr charakteristisch, der Körper beugt

sich stark aus, der untere Abschnitt der Brust und der Bauch treten nach vorn bedeutend hervor, so dass die von den Schultern herabgezogene Verticalle weit hinter das Becken fällt. Gleichzeitig wird die linke Schulter höher als die rechte gehoben, von hinten gesehen ist eine Verziehung und Schwanken des Beckens von einer Seite auf die andere bei jedem Schritte zu bemerken. Der Gang ist schwankend, unsicher, erinnert an den Gang einer Ente oder mehr an den einer Schwangeren, da die Arme im Gegensatze zu dem um seine sagitale Axe schwankenden Becken längs der Körperaxe herabhängen. Bei längerem Gehen nimmt das Gesicht einen gespannten Ausdruck an, an Kinn und Stirn erscheinen leichte Runzeln, das Gehen fällt jetzt dem Kranken überhaupt schwer, nach längerer Dauer desselben fällt er plötzlich hin und klagt über starke Kreuzschmerzen. Das Niedersetzen erfolgt ziemlich leicht, das Erheben aber recht schwer und fasst der Kranke nach irgend etwas, um einen Stützpunkt zu finden. Das Herz ist etwas nach links vergrößert, Töne rein, dumpf, schwach, die Bewegungen des Thorax' beim Athmen schlaff, Lungen gesund, R. 28—30. Die ophthalmoskopische Untersuchung (Dr. Moschinski) ergab: der sagitale Durchmesser beider bulbi etwas verlängert, die Papillen unregelmässig geformt, horizontal-oval, an ihrer Peripherie ist stellenweise der Skleralrand sichtbar, die Retinalvenen etwas erweitert, Sehschärfe und Gesichtsfeld sind normal. Die Patellarreflexe, wahrscheinlich in Folge der Insufficienz der Quadricepten, wenig entwickelt, die übrigen Reflexe gleichfalls schwach. Die galvanische Erregbarkeit der meisten Muskeln ist normal, die Minimalzuckung wird erhalten: am Deltoidens bei 0,3 M. A., am Gastrocnemius bei 2,0 M. A. und am Pectoralis major bei 0,5 M. A., bei letzterem werden bei dieser Stromstärke an einigen Stellen sehr energische, an andern gar keine Zuckungen erzielt. Aus nachfolgender Tabelle ist das Resultat der galvanischen Reaction der Nerven mit Gegenüberstellung der von Stintzig (Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXIX p. 100) wiedergegeben,

Nerven.	KS.	Norm nach Stintzig.
N. frontalis	1,25. M. A.	0,9—2,0.
N. zygomaticus	1,75.	0,8—2,0.
N. accessorius	1,00.	0,1—0,44.
N. medianus	2,75.	0,3—1,5.
N. ulnaris (oberhalb des Oberarms) .	1,25.	0,2—0,9.
N. radialis	1,75.	0,9—2,7.
N. peroneus	1,75.	0,2—2,0.
N. tibialis	1,50.	0,4—2,5.

aus welcher sich ergibt, dass zur Erreichung der Minimalzuckung die Norm übersteigende Stromstärke beim Accessorius, Medianus und Ulnaris angewandt werden mussten.

Die geschlechtliche Erregbarkeit ist trotz der Jugend des Kranken kerabgesetzt, den Beischlaf hat er noch nicht ausgeübt, Erectionen sind selten, Pollutionen nie aufgetreten. Der Geist ist wenig entwickelt, der Kranke begnügt sich mit den elementarsten leiblichen Bedürfnissen,

unterwirft sich leicht dem Einflusse des Untersuchers, wird leicht erregt, erschreckt und ändert häufig die Gemüthsstimmung, ist sehr vergesssam bis zum Vergessen der Namen seiner Verwandten.

Die mikroskopische Untersuchung der Muskeln wurde vom Privatdocenten L. Heidenreich an einem, mit Erlaubniss des Kranken aus dem rechten Wadenmuskel ausgeschnittenen Stücke angestellt. Dieses, etwa 6 Cm. lang sah etwas dunkler, als normal aus und schnitt sich schwer, etwa wie eine cirrhotische Leber, in ihm sah man schon mit blossen Auge grauliche feine Züge und Streifen von altem Bindegewebe, welche bei etwa 60facher Vergrösserung sehr zahlreich und stellenweise recht dick erschienen, es zweigten sich von den dickeren Zwischenräumen immer feinere ab, ausserdem zogen sich längs der Muskelfasern ähnliche, aus lockerem, fettzellenerfüllten Bindegewebe bestehende Züge hin: es zeigt mithin die topographische Untersuchung, dass der hypertrophirte Wadenmuskel in ansehnlichem Maasse aus Binde- und Fettgewebe bestand. Stärkere Vergrösserungen zeigten, dass das Bindegewebe nur aus Fasern zusammengesetzt war und durch- aus keine zelligen Elemente aufwies. Wurden kleine Muskelstücke und -schnitte nach vorläufiger Erhärtung in Muller'scher Flüssigkeit und Alkohol mit 35% Aetzkalkilösung behandelt, so lösten sie sich fast oder ganz vollkommen auf und wurden blass, kaum sichtbar.

An, aus Leichen Tuberculöser entnommenen Muskelstückchen mit derselben Aetzkalkilösung angestellte Controlversuche ergaben, dass die Fasern deutlicher hervortraten, gelblich sich färbten und deutliche Querstreifung zeigten. Bei Behandlung mit schwacher Essigsäurelösung traten die Muskelkerne deutlicher hervor, einige Fasern zeigten reichliche Bildung von Kernen, welche theilweise in Reihen, theilweise unregelmässig zerstreut lagen. Die Dicke der Fasern war meist normal, es fanden sich nur einige lange, dünne mit verwischter Zeichnung. Frische oder in indifferenten Lösungen (0.7% Chlornatriumlösung) erhärtete Stücke zeigten häufig undeutliche Querfaserung, manchmal war diese nur angedeutet. Ausserdem war an diesen Muskeln eine ausserordentliche Feinkörnigkeit des Sarkolemm's sichtbar, welches wie fein bestäubt und von Körnchen durchsetzt erschien, diese Körnung liess auch die Querstreifung verschwinden.

Aus dem Vorhergehenden ergibt sich, dass der Kranke an der von Cohnheim und Eulenburg (1866) und Charcot (1871.) (Erb?) genau untersuchte Paralysis muscularum progressiva juvenilis hypertrophica leidet, eine im Ganzen nicht häufige Affection, da nach Eichhorst die Zahl der bekannten Fälle 125 nicht übersteigt. 13 Abbildungen illustriren gut den Fall.

Hinze.

435) M. J. Dejerine (Paris): Étude clinique et anatomo-pathologique sur l'atrophie musculaire des ataxiques. (Névrite motrice périphérique des ataxiques.) (Revue de médecine. Nro. 2, 3, 4. 1889.)

Schon lange, seit Cruveilhier, sind Fälle von atrophischer Muskelerkrankung bei Tabes dorsualis bekannt. Eine befriedigende pathologisch-anatomische Untersuchung hat nur in jüngster Zeit und bei

wenigen dieser Fälle stattgefunden. Charcot und Pierret beschrieben 1870 einen Fall von Tabes mit einseitiger Muskelatrophie bei einseitiger Herderkrankung der grauen Vorderhörner; Leyden 1877 eine Combination von Tabes mit Poliomyelitis anterior. Etwas unsicher erscheint der Fall von Condoleon und Joffroy. Drei Fälle von Läsionen des Hypoglossuskernes bei Hemiatrophie der Zunge glaubt Verf. als eigenartig ausser Betracht lassen zu sollen, da er nur von einer chronischen Atrophie der Extremitäten und Rumpfmuskulatur handeln will. Verf. konnte nun schon am 7. Febr. 1888 in der soc. de biol. 5 Sectionsresultate mittheilen, wo der Muskelatrophie eine beträchtliche periphere Neuritis entsprach, während die Vorderhörner intakt waren, und sprach sich darauf hin für die *peripherische Natur der tabischen Muskelatrophie* aus, einer Ansicht, der kurz darauf Nonne auf Grund eines entsprechenden Sectionsbefundes beitrug. (Siehe dieses Centralblatt XI pg. 299 und 277.)

In der vorliegenden Arbeit berichtet Verf. über 19 Fälle von Muskelatrophie bei Tabes, darunter 9 mit Sectionsbefunde, welche er in letzten 2 Jahren in seiner Abtheilung in Bicêtre zu beobachten Gelegenheit hatte und entwirft auf Grund dieser Beobachtung ein anschauliches Bild der in Rede stehenden Affection.

Die tabische Muskelatrophie beginnt unvermerkt und langsam; meist wird dieselbe im Beginn nur als Theilerscheinung einer allgemeinen Abmagerung angesehen. Sie beginnt in der Regel an den Enden der Extremitäten und zwar vielleicht ein wenig häufiger der unteren; selten erscheint die Atrophie zuerst an der eigentlichen Bein- und Armmuskulatur oder an den Rumpfmuskeln. Am Fusse werden zuerst die Muskeln der grossen und kleinen Zehe, sowie die Interossei ergriffen. Die Zehen nehmen dabei gern eine charakteristische Stellung ein, die Grundphalangen dorsalflectirt, die beiden Endphalangen plantarflectirt, eine Stellung die bei activen Bewegungen übermässig stark hervortritt, dass diese Zehen eine Krallenstellung annehmen („griffe des orteils par atrophie des interosseux“). In diesem Stadium hat der Fuss noch keine Equinusstellung; doch nach einiger Zeit ergreift die Atrophie die Muskel des Unterschenkels, zumal die peronei und extensores dann kommt zu dem Klauenfuss der pes equino-varus; die grosse Zehe ist in diesem Stadium sehr stark oft bis zum rechten Winkel gegen die planta pedis gebeugt; dabei sind die passiven Bewegungen sämmtlich erhalten.

Nach einiger Zeit macht sich ein neues Element geltend: die Muskel- und Sehnenverkürzung; die grosse Zehe ist sehr stark gekrümmt, und nicht selten werden jetzt auch die Grundphalangen der übrigen Zehen plantarflectirt, sodass ein dem pes excavatus ähnliches Bild entstehen kann; doch können die 4 letzten Zehen auch die Krallenstellung beibehalten. Natürlich sind passive Bewegungen jetzt nicht mehr möglich.

Beginnt die Atrophie an der oberen Extremität, so nimmt sie regelmässig den Aran-Duchenne'schen Typus an.

Oft bleibt die Affection auf diesem Standpunkte stehen; schreitet

der Process weiter fort, so wird nach der Fuss- und Unterschenkelmuskulatur die Oberschenkelmuskulatur, nach den Muskeln der Hand die des Vorderarms und Oberarms ergriffen.

Wenn nun aber auch die tabische Atrophie regelmässig und vorzugsweise die Enden der Extremitäten befällt, so kommen doch auch Ausnahmen vor. So zeigte die Atrophie in einem Falle von D. den scapulo-humeralen Typus; bei einem anderen seit 25 Jahren an Tabes leidenden Pat. beobachtete Verf. nur eine beiderseitige Atrophie der Vorderarmmuskulatur.

Gleichviel welches der Sitz der Atrophie ist, sie ist regelmässig symmetrisch, wenn nicht gleich auf beiden Körperseiten.

Was die Deformationen der Hände und Füße angeht, welche als Folge unserer Krankheit sich zeigen, so haben sie an sich nichts Charakteristisches und kommen bei einer Reihe anderer Erkrankungen genau ebenso vor. Die Functionsstörung ist dem Grade der Atrophie proportional.

Nie waren die Gesichts- noch die Rachenmuskulatur an der Atrophie theilhaft; nie beobachtete Verf. Zungenatrophie, die er deshalb für ein sehr seltenes Symptom hält.

Die kranken Muskeln zeigen nie fibriläre Zuckungen; die idiomusculären Zuckungen sind entweder vermindert oder gar nicht vorhanden.

Die electriche Erregbarkeit ist ziemlich proportional dem Grade der Atrophie herabgesetzt; nur bei zwei von 19 Kranken fand D. partielle Entartungsreaktion.

Die Muskelatrophie zeigte eine progressive Tendenz, doch ist das Fortschreiten ein sehr langsames und erstreckt sich über viele Jahre (bei einem Pat über 31, bei einem andern über 20 Jahre); die Langsamkeit nimmt zu, je näher die ergriffenen Muskeln dem Centrum liegen.

Die Atrophie tritt erst in einem vorgeschrittenen Stadium der Tabes auf, wenn die Ataxie bereits sehr ausgesprochen ist; bei Tabikern, welche keine Ataxie, dagegen Amaurose haben, scheint die Atrophie früher eintreten zu können.

Unter 95 Tabikern welche D. in den letzten 2 Jahren beobachtete, hatten 19 Muskelatrophie d. i. 20,1⁰/₁₀₀.

Dass eine tabische Atrophie sich wieder zurückbilden könne, lässt sich bei der peripherischen Natur und dem Vorhandensein sich regenerirender (?) Nervenfasern vermuthen, doch hat D. es nie gesehen; Nonne und Fischer dagegen beobachteten es.

Natürlich verdüstert die Muskelatrophie bei Tabes dorsalis noch die Prognose der Krankheit.

Die eben beschriebenen Symptome haben nichts an sich pathognomonisches; es giebt keinen tabischen Klumpfuss (Joffroy), ebenso wenig wie eine tabische Hand. Nur wenn man die Symptome bei einem Tabiker trifft, kann man sicher annehmen, dass die Muskelatrophie auf einer peripheren Neuritis beruht.

Die pathologisch-anatomische Untersuchung der erkrankten Muskeln zeigt, dass je stärker die Atrophie ausgesprochen ist, um so mehr die Muskeln ein gelbliches Aussehen annehmen; die Atrophie kann un-

ter Umständen eine vollständige Zerstörung des Thenar, Hypothenar und der Interossei herbeiführen. Histologisch handelt es sich um eine einfache Atrophie, ohne albuminöse oder fettige Degeneration der Muskelfaser. Die Atrophie des Primitivbündels ist mit einer starken Vermehrung der Muskelkerne verknüpft; manchmal scheint es als wenn Muskeln ganz oder theilweise aus leeren Sarcolemmcheiden beständen, die nur noch Kerne, keine Muskelsubstanz mehr enthalten. Die Erkrankung der Muskelfasern in den kranken Muskeln ist eine diffuse; man trifft gesunde Fasern neben sehr atrophischen. Nie beobachtete D. in seinen 9 Fällen hypertropische Muskelfasern. Das Bindegewebe zeigt keine wesentliche Verdichtung, dagegen beträchtliche Fettentwicklung, welche dem Muskel das gelbe Aussehen verleiht.

Untersucht man die *Muskelvenen* an Fuss oder Hand, so findet man nur sehr wenige normale Nervenfasern, noch nicht 1 auf 60; der Nerv besteht fast ganz aus leeren Scheiden. Das einzige Auffallende ist, das ziemlich zahlreiche Vorkommen von markhaltigen und mit Axencylindern versehenen, aber ausserordentlich dünnen Nervenfasern, die D. für sich regenerirende ansieht. In den näher dem Rumpfe zu gelegenen Muskelnerven findet man dieselben Veränderungen, aber entsprechend der geringeren Muskelatrophie in geringerem Grade vorhanden. Die Neuritis muss sich sehr langsam entwickeln, denn man findet keine frisch degenerirende Fasern. Von Interesse ist, dass D. verschiedentlich einen leichten Grad von Muskelatrophie beobachtete, ohne dass er an dem zugehörigen Nerven etwas abnormes entdeckte; er nimmt deshalb an, dass die trophische Leitungsfähigkeit dieser Nerven schon geschwächt sei, bevor man mit unseren heutigen Methoden schon eine Strukturveränderung nachweisen könne.

Die *Hautnerven* waren in allen Fällen in der bekannte von Verf. 1882 genau beschriebenen und nachher fast allzeitig bestätigten Art und Weise degenerirt. Die Degeneration nahm von unten nach oben zu, so dass die letzten Endigungen der Nerven am schwersten geschädigt waren. Im Vergleich zu der motorischen Neuritis war die Hautneuritis an der gleichen Stelle regelmässig stärker ausgesprochen.

Die *hinteren Wurzeln* zeigten die bekannten Störungen in bedeutendem Maasse.

Die *vorderen Wurzeln* zeigten nur in 4 Fällen Veränderungen, in den 5 anderen konnten solche nicht nachgewiesen werden. In den 4 Fällen mit positivem Resultat handelte es sich um über 10 Jahre schon bestehende Muskelatrophie. D. fand nur sehr leichte Veränderungen, die in keinem Verhältniss standen zu denen der peripheren Nerven; er fand leere Scheiden und dünne Fasern zahlreicher als in physiologischem Zustande vertreten, fast keine grade degenerirende Fasern, dagegen normale Fasern in beträchtlicher Zahl. Bemerkenswerth ist, dass diese Veränderungen auf nach Weigert's Methode behandelten Schnitten kaum zu constatiren waren, sondern erst bei seinen Zupfpräparaten.

Das *Rückenmark* zeigte die klassische Hinterstrangsaffectio; die *Vorderhörner* waren in allen 9 Fällen normal.

Was die Deutung der nunmehr bekannten Sectionsbefunde angeht, so steht Verf. nicht an, die 2 Fälle von Charcot und Leyden, die oben erwähnt wurden, als zufällige Combinationen zweier für sich existirender Nervenkrankheiten der Poliomyelitis anterior und der Tabes dorsualis zu erklären. Die 3 beschriebenen Fälle von Hemiatrophie der Zunge bei Tabes haben mit der uns hier beschäftigenden allgemeinen Muskelatrophie nichts gemein. Die Frage unter welchem Einflusse sich die motorische Neuritis entwickle, in welcher Beziehung sie zur Hinterstrangsklerose stehe ist vor der Hand unlöslich; ebensowenig wissen wir ja auch über die Pathogenese der sensitiven Neuritis bei Tabes, deren Wichtigkeit für Erklärung einer Reihe von Symptomen bei Tabes D. ebenso wie Leiden nachdrücklichst hervorhebt.

Beide Arten der Neuritis (motorische wie sensitive) sind aufsteigende; daher denn auch die in einigen unserer Fälle, welche besonders lange (über 10 Jahre) Muskelatrophie hatten, beobachtete Be-theiligung der vorderen Wurzeln. Die trophischen Centren (Spinalganglien und Vorderhornzellen) sind intact; doch hält D. es nicht für unmöglich, dass z. B. in sehr alten Fällen und bei sehr starker Atrophie sich auch einmal leichte Modifikationen in der Zahl der Vorderhornzellen einstellen.

Die beschriebene Muskelatrophie ist keineswegs eine selbstständige Affection, sondern bildet einen integrirenden Theil der Symptomatologie der Tabes dorsualis, die durch sie in einzelnen Fällen eigenthümlich modificirt werden kann.

Die fleissige, für Symptomatologie wie patholog. Anatomie der Tabes gleich wichtige Arbeit des Verf. sei der besonderen Aufmerksamkeit empfohlen.

Straussfeld.

436) **Pick** (Prag): Anatomischer Befund bei einseitigem Fehlen des Kniephänomen's. (Arch. Psych. XX. 3. p. 396.)

Der interessante, für die spinale Localisation des Kniephänomens zweifellos beweiskräftige Fall betraf einen 60jährigen Mann, mit Tabes und Dementia paralytica, bei dem der Patellarreflex linkerseits total erloschen war. Die bei der Section constatirte vom mittleren Halsmark an beginnende Degeneration der Hinterstränge war etwa von der Mitte des Brustmarks an von derartiger Configuration, dass links die graue Entartung als ein schmaler Streifen dem Hinterhorn seitlich anlag, während rechts diese Parthie freigeblieben war. Im oberen Lendentheil trat die Differenz zwischen den beiden Hintersträngen am intensivsten hervor, derart, dass links die hintere Wurzeleintrittszone und das sog. Westphal'sche Dreieck total degenerirt waren.

Langreuter.

437) **W. Hammond** (New-York): Die Behandlung der Ataxie und anderer Nervenkrankheiten durch Suspension. (New-Yorker medical Journ. 11. Mai 1889.)

Die Thatsache, dass Tabes gebessert, wenn auch nicht ganz geheilt werden kann durch Suspension wurde zufällig durch Moczutowski in Odessa entdeckt. Er behandelte einen Patienten, der

gleichzeitig tabetische Symptome hatte wegen Spondylitis mit Gyps-corset, und überzeugte sich, dass die tabetischen Symptome sich nach jeder Aufhängung behufs Anlegung des Corsets besserten. Er wandte nun die Suspension bei andern Patienten mit Tabes an, und erreichte bei allen bedeutende Besserung. Seine Abhandlung darüber blieb so lange unbekannt, bis Dr. Reymont, der Odessa besucht hatte Charcot darauf aufmerksam machte. Hammond erfuhr von Charcot's guten Resultaten (durch ein Telegramm an den New-York Herald (!)) und behandelte die Atactiker in seiner Privatklinik mit dem gewöhnlichen Suspensionsapparat von Sayre. Hammond stellte die Regel auf, dass bei der Suspension $\frac{1}{3}$ des Körpergewichts von Kinn und Nacken mittelst des Halskragens getragen werden sollen und $\frac{2}{3}$ von den Armschlingen. In älteren Fällen kann der Kragen eine grössere Last tragen; es treten dabei jedoch gelegentlich unangenehme Schwindelanfälle auf, weshalb der Apparat nur unter unmittelbarer Aufsicht des Arztes angewendet werden darf. H. hat in 5 Fällen gute Resultate erzielt, die schiessenden Schmerzen schwanden in allen Fällen, die Incoordination wurde soweit gebessert, dass die Patienten, die früher nicht eine Secunde mit geschlossenen Augen stehen konnten, jetzt beliebig lange stehen können. In einem Falle verschwand anhaltendes Harnträufeln nach 3 Suspensionen, in allen Fällen kehrte die geschwächte sexuelle Potenz vollkommen wieder.

Bei einem Patienten verschwand ein bis dahin beständiger Kopfschmerz und Schwindel. H. ist, wenn auch ein Urtheil über Heilung noch nicht zu fällen ist, mit seinen Resultaten sehr zufrieden. Er hat auch eine entschiedene Besserung der wesentlichen Symptome in einem Fall von Vorderseitenstrangs-Sklerose erzielt. Die erste Suspension soll eine Minute dauern, und kann jedesmal um 5—10 Sekunden verlängert werden, bis zu 3 Minuten. H. nimmt an, dass die Methode durch Streckung des Rückenmarks wirkt, weiss aber nicht, wodurch die Streckung diesen Einfluss erlangt. Er vermuthet eine ähnliche Wirkungsweise wie bei der Nervendehnung; von unangenehmen Nebenwirkungen trat neben Schwindel in einem Fall Lähmung beider Arme nach einer Suspension von 2 Minuten ein, verschwand jedoch in 2—3 Tagen bei elektrischer und Massagebehandlung. In einer Nachschrift erklärt H., dass er die Armschlingen ganz weglässt, in der Ueberzeugung, dass die nothwendige Streckung des Rückenmarks nur durch Suspension am Kopf erreicht werden kann. Er hängt den Patienten am Haken einer Federwage auf, an der sich der angewandte Zug ablesen lässt. Anfangs zieht er den Patienten nicht ganz vom Boden empor, wendet aber gleich ein Gewicht von 75 bis 100 Pfl. an, und bei Patienten von geringerem Körpergewicht, will er eventuell Gewichte an die Füsse hängen. So hat er in 6 Wochen bei einer mehrjährigen Tabes alle Symptome bis auf contrahirte Pupillen und Fehlen des Kniephänomens beseitigt. H. legt grossen Werth auf sorgfältige Anlegung des Halsbandes und befürchtet bei nicht sachkundiger Ueberwachung plötzlichen Tod durch Halswirbelverrenkung.

Kurella.

438) **L. Lorentzen**: Et tilfælde af akut opadstigende Spinalparalyse. (Ein geheilter Fall von Landry'scher Paralyse.)

(Ugeskrift f. Laeger. Bd. VI. p. 597.)

Bei einer 36 jährigen Frau Parése der Beine nach Erkältung; am 10. Tage complete Paralyse beider Beine, fast vollständige beider Arme, der Halsmusculatur, neben Parése der Lippen, beider m. rect. ext. oculi; Zunge, Gaumen und Schlund blieben frei, ebenso Respiration, Defaecation und Uriuentleerung. Die ersten vier Tage mässige Temperatursteigerung, bis 38,5. Die paralytischen Extremitäten waren ganz schlaff, ohne Sehnen-, mit geringen Hautreflexen. Keine Aenderung der elekt. Erregbarkeit, Sensibilität unverändert, keine Schmerzen. Die Erscheinungen blieben 4 Tage auf ihrer Höhe, die Besserung trat zuerst in den Arm-, Lippen- und Rumpf-, zuletzt in den Bein- und Augenmuskeln auf; vollständige Heilung nach 9 Monaten, keine nachfolgende Muskelatrophie.

Kurella.

439) **Henschen** (Upsala): Rheumatischer tic convulsif mit Verdickung des Facialis-Stamms. (Upsala läkareför. förhandl. 23. p. 219.)

Beginn bei einer 27 jährigen Lehrerin mit Zuckungen im linken Augenlid, drei Monat später Krampf der linken Nasen- und Oberlippenhälfte; ein halb Jahr darauf die ganze l. Gesichtshälfte ergriffen; die Zuckungen nehmen beim Sprechen und im Affekt zu; l. Facialis bedeutend verdickt; diese Erscheinungen und der tic verschwanden nach 6 wöchentlicher Massage.

Entstehung durch Sitzen im kalten Zimmer, mit der l. Gesichtshälfte nach dem Fenster, wodurch eine rheumatische Perineuritis bedingt.

Kurella.

440) **Frederich Pierson**: A contribution to the study of muscular tremor. (Beitrag zum Studium des Muskeltremors.)

(The journal of nervous and mental disease. Febr. 1889. pag. 99.)

Eine Anzahl Myogramme, welche Verf. mittelst des Edwards'schen Sphygmographen gewonnen hat, liegen uns vor. Sie veranschaulichen den Muskeltremor in Fällen von Paralysis agitans, Sklerosis lateralis, chronischem Alkoholismus, morbus Basedowii, Delirium tremens u. A. In Bezug auf die aus den Zeichnungen hervorgehenden Unterschiede im Rhythmus des Tremors bei den verschiedenen Krankheiten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.

Ascher.

441) **A. Eulenburg** (Berlin): Ueber Athetose.

(Wiener med. Presse Nro. 8. 1889.)

Verf. theilt 4 Fälle von Hemiathetose mit. Der erste, eine idiopathische Athetose der rechten Hand, betraf einen 44 jährigen Güter-Expeditions-Assistenten, der zweite, Epilepsie mit linksseitiger Hemiathetose und Parése des linken Fusses einen 2 jährigen Knaben, der dritte, eine posthemiplegische linksseitige Hemiathetose (nach Scharlach) einen 8 jährigen Knaben und der letzte, eine posthemiplegische Hemiathetose (Polioencephalitis acuta infantum) ein 8 jähriges Mädchen.

Sämmtliche Fälle zeigen in Beziehung auf Art, Form und Ausbreitung der als Athetose charakterisirten Bewegungsanomalie grosse Uebereinstimmung und nur in Nebenpunkten Abweichungen; so ist z. B. die locale Temperatursteigerung bei der „idiopathischen“ Form sehr deutlich, bei der postparalytischen nicht immer nachweisbar. Das gänzliche Erlöschen der Bewegungen bei tiefem Schläfe, also bei gänzlicher Ausschaltung der Grosshirnhemisphäre, scheint Verf. für den Ausgangspunkt in der Grosshirnrinde zu sprechen. Auch die klinischen Thatsachen lassen sich für diese Auffassung verwerthen. Therapeutisch ist nichts Neues erwähnt.

Goldstein.

442) **A. Eulenburg** (Berlin): Ueber Lähmung durch polizeiliche Fesselung (Arrestantenlähmung) der Hände. (Neurol. Centralbl. 1889. Nro. 4.)

Bernhardt hatte auf Grund mehrerer Fälle von Radialislähmung, welche entstanden waren durch polizeiliche Fesselung in der Form von Umschnürung des Oberarmes, gewöhnlich an der Umschlagstelle des N. radialis, vorgeschlagen, die Fesselung in der Nähe des Handgelenkes in Zukunft vorzunehmen. Verf. beschreibt nun einen Fall, bei dem durch Fesselung oberhalb des Handgelenkes eine Parese des N. medianus mit Betheiligung seiner motor. Aeste für den Daumenballen (und die Lumbricalmuskeln), sowie seiner sensibelen ersten vier Rami digitales und des Ramus cutaneus palmaris eingetreten war. Allerdings war bei dem Arrestanten durch Zusammenziehen des Knebels einige Gewalt angewendet worden. E. gibt den Polizeiorganen die Erwägung anheim, ob nicht die Schnur durch einen breiten Lederstreifen zu ersetzen wäre.

Goldstein.

443) **Julius Wagner**: Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden. (Jahrbücher für Psychiatrie, VIII. Band.)

Bevor der wiederbelebte Erhängte zum Bewusstsein zurückkehrt, was wahrscheinlich von der Zeit abhängt, die er gehangen hat, und selbst Tage lang dauern kann, treten allgemeine Convulsionen ein. Dieselben sind theils als epileptische theils als klonische auch tetanische bezeichnet. Diese Convulsionen zeigen sich nie unmittelbar, sondern erst mehrere Stunden nach der Abnahme des Kranken, fallen in der Regel erst mit den tiefer und ausgiebiger werdenden Athembewegungen zusammen, und haben eine verschiedene bis 12stündige Dauer.

Wenn endlich der Kranke nach Beendigung der Krämpfe zum Bewusstsein gelangt, kommt eine weitere Erscheinung zur Geltung, das Vorhandensein einer Lücke in der Erinnerung. Diese Lücke schliesst zunächst, wie selbstverständlich, die Zeit ein, während welcher der Kranke bewusstlos war. Ferner fehlt aber den Kranken häufig auch die Erinnerung für den ausgeführten Selbstmordversuch vollständig. Die Lücke in der Erinnerung erstreckt sich aber in vielen Fällen noch mehr oder weniger weit auf die Zeit vor dem Selbstmordversuche. „Amnesie retroactive“ der Franzosen.

Endlich kommen auch eigentliche psychopathische Zustände als Folgen der Strangulation vor. Meistens sind es transitorische Störungen, die den Character von Aufregungszuständen mit einem gewissen Grade von Verworrenheit haben; in seltenen Fällen kommt es zu einer ausgebildeten Psychose von längerer Dauer. In der Literatur lassen sich nur zwei hierher gehörige Fälle auftreiben, die Schüle und Krafft-Ebing zur acuten Dementia rechnen.

Auf der andern Seite können durch Erhängungsversuche bestehende Geistesstörungen beseitigt oder zum mindesten günstig beeinflusst werden.

Die Erklärung der genannten Folgezustände sucht Verf. in der bedeutenden Hirnhyperämie, die nach der Abnahme Erhängter der durch die Suspension gesetzten Anaemie unmittelbar folgt, und weist auf die Aehnlichkeit der Erscheinungen, namentlich der Amnesie mit denen nach Schädeltraumen hin; möglicherweise handelt es sich nach dem Verf. wie hier auch bei der Epilepsie um Beschleunigung des Hirnkreislaufes, durch Erweiterung der Hirngefässe bedingt.

Zur Erklärung der Aufregungszustände glaubt Verf. mit dem Gesetze Sigmund Mayer's auszulangen: „Wenn die terminalen Nervensubstanzen einer Störung ihrer normalen Ernährung ausgesetzt sind, die eine bestimmte, für die bestimmten terminalen Apparate verschiedene lange Zeitdauer nicht überschreiten, so beantworten sie den Wiederbeginn der normalen Ernährungsvorgänge mit der Auflösung eines mehr oder weniger intensiven Reizvorganges.“ Schüle und Krafft-Ebing machen auf die Aehnlichkeit der Psychosen nach Strangulation mit den nach Kohlenoxydgasvergiftung beobachteten aufmerksam, was sich dadurch erklärt, dass das Gehirn in beiden Fällen durch Asphyxie geschädigt wird. In practischer Hinsicht könnte möglicherweise die nach der Strangulation vorhandene Amnesie gegebenenfalls eine forensische Bedeutung haben.

Neuendorff (Bernburg).

414) **John Ed. Morgan** (Manchester): A case of Raynaud's symmetrical gangrene in a patient suffering from constitutional syphilis (Symmetrische Gangrän bei Syphilis.) (The Lancet. 13. 20. 27. Juli 1889.)

Die vielfach als causales Moment der Raynaud'schen Krankheit angeschuldigte periphere Neuritis spielt in dieser Hinsicht keine Rolle. Sie ist nur eine Reflexwirkung und entsteht dann, wenn die Reizung der peripheren sensiblen Nerven eine so grosse ist, dass dadurch eine solche der vasomotorischen Nerven ausgelöst wird.

Ebenso wenig findet M. die Ursache in einer Dissolution der Blutkörperchen in den Gefässen der Extremitäten, da sich dieselben seinen und Raynaud's Untersuchungen zufolge immer intact verhalten, und da ferner auch zuweilen die Nasenspitze, Ohrmuscheln, Augenlider in gleicher Weise wie die Extremitäten dem Krankheitsprocess anheimfallen.

Dagegen glaubt er als Ursache eine Verengung der Arterien der Retina ansehen zu müssen, die er im Beginne der symmetrischen Gangrän festgestellt hat, eine Störung des vasomotorischen Systems, welche, wenn sie auf das Gehirn übergreift, Bewusstlosigkeit, Verlust der Sprache und epileptische Anfälle hervorruft.

Andererseits legt der Umstand, dass sich diese Affection mit der ihr anscheinend nahe verwandten paroxysmellen Hämoglobinurie nicht selten combinirt, den Gedanken nahe, dass beide Krankheitszustände von einer Laesion des N. sympathicus ihren Ursprung herleiten, um so mehr als hier sowohl als bei Morbus Addisonii, der bekanntlich von jener Stelle ausgeht, eine icterische Färbung der Haut in die Erscheinung tritt.

Pauli.

445) **Joseph Wiglesworth and Thomas H. Bickerton:** On a connection between epilepsy and errors of ocular refraction. (Beziehungen zwischen Epilepsie und Refractionsanomalien des Auges.)

(Brain, Jan. 1889. pag. 468.)

Verff. haben beobachtet, dass Refractionsanomalien bei Epileptikern relativ häufig vorkommen. Unter 103 Epileptikern beiderlei Geschlechts, Insassen des Rainhill Asyls fanden sie in 48 Fällen d. h. in 46,6% Anomalien und zwar Hypermetropie in 18 Fällen, hypermetropischen Astigmatismus 17mal; 3mal constatirten sie Myopie, 7mal myopischen Astigmatismus, zweimal gemischten Astigmatismus, endlich in einem Fall auf dem einen Auge myopischen, auf dem andern Auge hypermetropischen Astigmatismus. Die Erwartung, dass durch eine Correction des Sehfehlers mittelst einer Brille eine Besserung in den Anfällen erzielt werden könnte, bestätigte sich nicht. Günstigere Resultate sahen die Verff. indess bei verhältnissmässig frischen Fällen von Epilepsie, welche ihnen in der Privatpraxis begegneten, sobald die sich vorfindenden Refractionsanomalien corrigirt waren. Es kamen hier 9 Epileptische in Betracht. In 5 Fällen konnte Heilung resp. Besserung constatirt werden; in 2 Fällen konnte ein Urtheil noch nicht gefällt werden. In den beiden übrigen blieb eine Besserung aus; in diesen Fällen bestand die Krankheit schon seit 3½ resp. 14 Jahren.

Verff. glauben annehmen zu dürfen, dass in manchen Fällen die Ueberanstrengung des Augenmuskelapparats, welche durch die bestehenden Anomalien bedingt ist, epileptische Anfälle zur Folge hat; demnach es auch nahe liege, durch eine Behandlung der Sehstörungen eine Besserung des Allgemeinleidens zu erzielen zu suchen. Wichtig ist es die Behandlung möglichst frühzeitig einzuleiten, was bei den im Asyl befindlichen natürlich nicht der Fall gewesen war.

Ascher.

446) **A. Mairet** (Montpellier): De l'épilepsie procursive.

(Revue de médecine. 2. 1889.)

M. hatte kürzlich Gelegenheit die Section bei einem Epileptiker zu machen, dessen Anfälle vielfaches Interesse darboten. Derselbe hatte zwei Arten von Anfällen, grosse und kleine. In den kleinen Anfällen drehte Pat. den Kopf nach einer Seite, fing an zu lachen, wobei er ein ganz eigenthümliches Geräusch mit den Lippen machte, hob seine Arme in die Luft und gesticulirte; nach einigen Sekunden kam Pat. wieder zu sich, war heiter und vergnügt. Den grossen Anfällen ging kein Schrei voraus. R. fing an zu lachen, machte ein etwas

stärkeres Geräusch mit den Lippen und man hätte glauben sollen, dass der Pat. obwohl er nur einfache Töne äusserte, sich mit jemandem zankte. Zugleich bewegte er die Beine, wie wenn er tanzte und gestikulierte mit seinen Armen, wie ein Lufttelegraph; hatte er dabei etwas in der Hand, so zerbrach er es. Dann, während er noch am Lachen war, stürzte er plötzlich vorwärts und lief 20—30 Meter weit, fiel darauf plötzlich auf das Gesicht, schlug um sich, drehte sich um sich und endlich kam ein heftiger epileptischer Anfall mit seinen 3 gewöhnlichen Phasen zum Ausbruch. Diese grossen Anfälle nun stellen bekanntlich dasjenige dar, was mit dem Namen procursive Epilepsie bezeichnet wird.

Bei der Autopsie fand man eine disseminirte Entzündung der Dura mater, auf der *falx cerebri*, eine starke Neomembran und eine chronische Entzündung der Pia mater in Form von milchigen Zügen entlang der *Sylvii'schen* Spalte. Dazu kam eine allgemeine Congestion der Gehirngefässe. Ausserdem fand man eine sklerotische Atrophie der Innenfläche des linken Occipitallappen und des oberen inneren Theiles der rechten Kleinhirnhemisphäre.

Im Anschluss an diesen sowie an die jüngst von Bourneville und Bricon beschriebenen Fälle von Laufepilepsie entwirft Verf. zunächst ein Bild dieser seltenen, interessanten Affection, die schon früher bekannt und bald als Chorea, bald als Epilepsie aufgefasst worden war, aber nie allgemeinere Beachtung gefunden hatte.

Die Epilepsia procursiva ist jene Form der Epilepsie, in welcher der Anfall wenigstens in motorischer Hinsicht, entweder ganz oder zum Theil in einem Laufe nach vorn besteht. Man kann 3 Arten unterscheiden 1) *Epilepsia procursiva simplex*, wo der Procursus den ganzen Anfall ausmacht, 2) *Epilepsie mit procursiver Aura*, wo das Vorwärtslaufen dem Anfall vorhergeht, wie in dem oben beschriebenen Falle und 3) *Epilepsie mit postepileptischem Procursus*, wo der Lauf erst nach dem Anfälle stattfindet.

Kranke der ersten Art stossen einen Schrei aus, verlieren das Bewusstsein, laufen plötzlich vorwärts, bleiben auf einmal stehen, das Bewusstsein kehrt zurück — der Anfall ist vorbei. Der Lauf findet nicht immer in grader Linie statt; manchmal dreht der Pat. sich plötzlich um und kehrt wieder grade zum Ausgang zurück. Andere Mal laufen die Pat. in einem kleineren oder grösseren Kreisbogen. Der Lauf ist schnell, überstürzt; vorausgehen können andere motorische Erscheinungen: Sprünge, Drehbewegungen etc.

Die Dauer ist verschieden, $\frac{1}{4}$ bis über eine Minute; ein Kranker Bourneville's lief 66 Meter hin und zurück. Treffen die Pat. während des Laufens Hindernisse, so umgehen sie dieselben oder überschreiten sie, suchen sie wegzuräumen, zu zertrümmern oder kehren wieder um; ein und derselbe Kranke benimmt sich gegebenen Falls durchaus nicht immer auf dieselbe Weise.

Was den Zustand des Bewusstseins während des Laufes angeht, so scheint es ja auf den ersten Blick, als wenn Kranke, die Hindernisse vermeiden oder überschreiten können, nicht bewusstlos sein könnten;

wenn aber ein Bewusstsein vorhanden ist, so kann es nur ein rudimentäres sein; nicht nur wissen die Kranken nachher von nichts mehr, sie sind meist auch ganz unempfindlich gegen alles, was um sie existirt.

Die *Aura* kann bei der procursiven Epilepsie ebenso vorhanden sein, wie bei der gewöhnlichen Epilepsie oder auch fehlen, sie ist häufig vorhanden und besteht oft in Sensibilitätsstörungen.

Der initiale *Schrei* ist bei der Laufepilepsie oft länger anhaltend, wie bei der gewöhnlichen; es werden auch Serien von auf einander folgenden Schreien beobachtet. Oft sieht man zugleich oder vielmehr nachher eigenthümliche Bewegungen der Lippen. Während des Laufes sprechen die Kranken oft einzelne Worte aus.

Die *Gesichtsfarbe* ist während des Laufes eine blasse, nachher blass, bald roth.

Nie wurde Speichel oder Schaum vor dem Munde bemerkt.

Wie an Stelle des gewöhnlichen epileptischen Anfalls ein Schwindel treten kann, so auch hier; man spricht dann von *vertigo procursiva*. So wurde Th. manchmal plötzlich bleich, fing an sehr rasch zu gehen indem er holla! holla! rief; nach einigen Schritten hält er inne, sein Gesicht wird roth, er nimmt ruhig seine Arbeit wieder auf.

Die oben beschriebenen Anfälle können mehrere Jahre rein bestehen bleiben: aber nach einer gewissen Zeit, die beiden einzelnen Fällen verschieden ist, ändern sich die Anfälle und es treten entweder Anfälle mit procursiver *Aura* oder direct die gewöhnlichen epileptischen Anfälle auf; auch können bei einem Individuum die Anfälle von procursiver Epilepsie mit solchen der gewöhnlichen Epilepsie abwechseln.

Was die *Epilepsie mit procursiver Aura* angeht, so entspricht der hier die *Aura* darstellende Lauf durchaus dem oben beschriebenen. Den nachfolgenden Anfall, fand M. in drei von ihm beobachteten Fällen sehr heftig, während dies bei den in der sonstigen Literatur angeführten Fällen nicht der Fall war. Bemerkenswerth ist das Verhalten der Kranken, wenn sie im Bette einen Anfall bekommen; sie lassen sich auf die Erde gleiten, rollen sich um sich selbst und bekommen dann ihren Anfall. Ganz ebenso tritt auch bei den an einfacher procursiver Epilepsie Leidenden an Stelle des Laufes das auf den Boden Gleiten; nur selten können sie sich erheben und wirklich lauten.

Von der *postepileptischen procursiven Epilepsie* hat M. nur 1 Fall in der Literatur angegeben gefunden; doch findet man mehr oder minder ähnliche Phaenomene (Kranke gehen Thüren öffnen oder dergl.) nicht selten, es sind das Fälle von automatischen Handlungen nach dem Anfall.

Die Aetiologie und die pathologische Anatomie unserer Krankheit wird Verf. demnächst beschreiben. Strauscheid.

347) Th. Ziehen: Ueber einen Fall alternirender Ophthalmoplegia externa complicirt mit Geisteskrankheit.

(Correspondenz-Blätter des allg. ärztl. Vereins von Thüringen 1889, Nro. 4.)

39jährige Korbmacherfrau, von jeher sehr nervös, vielleicht früher syphilitisch inficirt gewesen, erkrankt, nach dem sie bereits 5 Monate lang über Congestionen und Kopfdruck geklagt und das Geruchsver-

mögen verloren hatte, Anfangs August 1888 an einer Psychose und wird Ende desselben Monats in die psychiatrische Universitätsklinik zu Jena aufgenommen. Aus dem Aufnahmebefund ist hervorzuheben, dass bei der kleinen, dürrig genährten, nur 96½ Pfund schweren Frau der Nasenrücken leicht eingesattelt war. Pupillen sehr eng, linke spurweise weiter als die rechte, Reactionen sämtlich prompt. Sehnenreflexe leicht gesteigert. Die zusammenhanglosen Aeusserungen der Kranken, in denen Verfolgungs- und Grössenideen, unterbrochen von Geruchs- und Gehörshallucinationen, in erster Reihe stehen, liessen bezüglich der Diagnose der Geistesstörung — acute hallucinatorische Paranoia — keinen Zweifel. Anfangs wurde Brom später Opium gereicht, letzteres in steigender, von beginnender Besserung an (Anfang November) in abnehmender Dosis. Anfangs December entwickelte sich unter Erbrechen und linksseitiger Migräne eine absolute Lähmung aller äusseren Zweige des linken N. III. Ende Dec. begann diese Lähmung langsam zurückzugehen und war am 20. 2. 1889 ganz geschwunden. 30. 1.: „Rechtsseitige Migräne. Binnen der letzten zwei Tage hat sich eine typische absolute Lähmung sämtlicher äusseren Oculomotoriusäste *rechts* entwickelt.“ Mitte Februar beginnt auch diese zurückzugehen, Anfang März ist sie ganz gewichen, Mitte März treten dieselben Erscheinungen wieder *links* auf. Am 20. März ein Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit. Damit schliesst — leider — die Krankengeschichte.

„*Periodische Oculomotoriuslähmung*“ ist bereits ziemlich häufig beobachtet, einmal auch alternierend (von Pflüger). Von allen bisher beschriebenen Fällen unterscheidet sich aber der hier mitgetheilte — nach Verf. — dadurch, dass „die Pupillarzweige und die Accommodationsfasern während der ganzen Dauer des Anfalls völlig intact blieben.“

Grade bezüglich dieses Punktes möchte indess Ref. einige Bedenken laut werden lassen. Von den Pupillen lesen wir: 1) bei der Aufnahme: linke spurweise weiter als rechte; am 2. XII: Pupillendifferenz kaum nachweisbar; am 13. XII. linke Pupille etwas weiter; am 30. I. wieder: keine deutliche Pupillendifferenz. Verf. spricht sich nirgends darüber aus, worauf er diese zeitweise *Differenz* in der Pupillenweite bezieht. Die Myosis ist er geneigt aus einer (nuclearen) Reizung der Pupillenfasern herzuleiten. So liesse sich ja allerdings auch die Differenz in der beiderseitigen Weite erklären; aber immerhin dürfte man dann wohl nicht die Pupillenfasern als „völlig intact“ bezeichnen, und die Reizung wäre vielleicht nur eine Vorläuferin späterer Lähmung.

Von der Accommodation lesen wir wiederholt, dass sie durchaus intact war, aber es geht aus der Krankengeschichte nicht hervor, wie dieses Factum festgestellt wurde; bezüglich der Sehschärfe erfahren wir nur, dass bei der Aufnahme „keine gröberen Sehstörungen“ vorhanden waren; über den Refraktionszustand der Augen ist nichts gesagt. Einige nähere Angaben über diese Punkte wären jedenfalls erwünscht gewesen, sofern man die Sonderstellung, die Verf. seinem Fall vindicirt, gelten lassen soll.

Statt der Bezeichnung „Ophthalmoplegia externa“ schlägt Verf.

für seinen Fall, da nur der N. III., nicht auch der IV. und VI. betroffen waren, die Namen „Ophthalmoplegia oculomotoria ext.“ oder „Paralysis oculomotoria ext.“ vor.

Den Sitz der Lähmung verlegt er in die hintere Kernregion des Oculomotorius, die wahrscheinliche Ursache derselben findet er in functionellen, und zwar speciell circulatorischen Störungen an genannter Stelle.

„Die Psychose, welche der Augenmuskellähmung im Wesentlichen voranging, ist jedenfalls nur als eine interessante Complication anzusehen.“
H e d d a e n s.

448) **Koeppen** (Strassburg): Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen. (Arch. f. Psych. XX. 3. p. 825.)

Der Verf. stellt in seiner sehr umfangreichen Arbeit es sich zur Aufgabe die Lehre von der „centralen Albuminurie“ durch klinische Thatsachen zu erweitern. Als in der Strassburger Klinik die einfache Salpetersäureprobe in grösserem Umfang angestellt wurde, fand sich eine grosse Anzahl von Fällen. in denen der gekochte und mit Salpetersäure versetzte Urin anfangs klar blieb, nach dem Erkalten aber nach und nach im Verlauf von mehreren Stunden einen deutlichen Niederschlag absetzte. Es musste dies Propepton sein, welcher Eiweisskörper allein die Eigenthümlichkeit besitzt durch Salpetersäure nur in der Kälte ausgefällt zu werden. — Zu den Versuchen wurden nun die verschiedensten Psychosen herangezogen, darunter 14mal Delirium acutum (!) 23 mal Manie, 6mal Verwirrtheit, 1mal Delirium tremens, 3mal Verrücktheit 5mal Epilepsie, 4mal Hysterie, 10mal Melancholie, und 14mal Dementia paralytica — und zwar wurden im Allg. diejenigen Fälle bevorzugt, in deren Verlauf Zustände mit delirösem Character vorkamen. Der natürlich entleerte Urin wurde filtrirt, dann gekocht etwa mit $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ seiner Menge mit verdünnter Salpetersäure versetzt und schliesslich bis 24 Stunden stehen gelassen.

Bei dieser Probe wurde in nur 23 Fällen *kein* Eiweiss constatirt. Bei den positiven Ergebnissen wird zunächst die Fehlerquellen etwaiser den Eiweissgehalt bedingender Complicationen erörtert, Herzfehler, Tuberkulose, Temperaturerhöhung etc. und dann die Möglichkeit erwogen, dass etwa physiologischer Eiweissgehalt verläge, wie es ja bei dem im Allg. sehr concentrirtem Urin des Geisteskranken am Ehesten vorkommen könnte. In der That war das specif. Gewicht der untersuchten Urine durchweg sehr hoch; doch standen dieses und Eiweissausscheidung nicht immer in genauem Wechselverhältniss. Betreffs dieser Einzelheiten muss auf die Originalarbeit verwiesen werden.

Jedenfalls ergab sich als gemeinsame Eigenthümlichkeit aller positiven Fälle: Dass das Eiweiss in grösster Menge bei *denjenigen Psychosen* gefunden wurden, welche mehr oder weniger den *Character des Delirösen* hatten. Am meisten wurde es demgemäss bei Delirium acutum constatirt. Im Verlaufe einiger Psychosen nahm der Eiweissgehalt sogar zu und ab mit dem Grade der Verwirrtheit und Benommenheit. (Einer der Fälle gab den Beweis, dass bei Fiebertemperatur der Eiweiss-

gehalt nicht so gross war als bei hochgradiger Benommenheit ohne Fieber.) In Consequenz dieser Thatsachen waren bezügl. des Eiweisses die untersuchten einfachen Melancholien negativ, ebenso zwei Fälle von Verrücktheit, in denen das Sensorium wenig beeinträchtigt gewesen war. — In chronischen Fällen wurde dies Verhältniss zwischen Benommenheit und Albuminurie um so undeutlicher, je länger die Krankheit dauerte. — Bei der *Epilepsie* ist der beträchtliche Eiweissgehalt bemerkenswerth in Zuständen von Delirium, die entweder einen Anfall vertreten oder denselben begleiten. —

Das oben erwähnte *Propepton* (welches sich erst beim Erkalten des Urins ausscheidet) erscheint als das erste Anzeichen der pathologischen Beeinflussung der Nieren durch das Gehirn. Wenn innerhalb einer Psychose das Delirium sich langsam einleitete, oder langsam zurückging, trat Propepton auf, dagegen fielen die Stadien entschiedenem Delirium-character zusammen mit der Ausscheidung von gewöhnlichem Eiweiss. — In Fällen von Gehirntumor waren die Untersuchungsergebnisse nicht so charakteristisch, sondern unsicher und widerspruchsvoll. —

Wie eine Psychose mit Stupor Albuminurie hervorrufen kann, so vermag umgekehrt eine chronische Nephritis einen Stuporzustand zu bewirken (abgesehen von Urämie) wie mehrere mitgetheilte Fälle beweisen; in anderen Fällen ist der Zusammenhang nicht so unmittelbar, wenn nämlich der durch die Nierenerkrankung herbeigeführte körperliche Schwäche-Zustand die Grundlage für eine Psychose abgiebt. —

Nur eine symptomatische Bedeutung hat der Eiweissbefund in einer dritten Gruppe von Fällen: wo nämlich die Albuminurie das Zeichen für einen körperlichen Zustand ist, welcher ausserdem in verschiedener Weise das Gehirn schädigen und eine Psychose herbeiführen kann. In drei Fällen von Arteriosklerose z. B. hatte dieser Krankheitsprozess Nieren und Gehirn geschädigt.

Zum Schluss macht der Verf. auf den diagnostischen Werth aufmerksam, welchen Albuminurie und Propeptonurie haben können. Einmal ist es natürlich von Wichtigkeit zu wissen, dass starke Eiweissausscheidungen bei Psychosen auch ohne Nephritis vorkommen können, und ferner kann in zweifelhaften Fällen bei einer eventuellen Geistesstörung durch Constatirung von Albuminurie Simulation ausgeschlossen werden.

Laugreuter.

449) G. Landerer: Ueber formale Denkstörungen als Degenerationszeichen und psychische Krankheitssymptome.*)

Vortrag gehalten bei der 7. Jahresversammlung des Landesvereins in Göppingen. (Medicinisches Correspondenz-Blatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins, Band LIX. Nro. 20. 27. Juli 1889.)

Erst auf relativ höherer Stufe des Geisteslebens, und nur wenn nothwendige Umsetzungen des einfallenden Erfahrungsstoffes in physiologischer Auslösung und Folge sich im voraus vollzogen haben, setzt

* Der Vortrag wurde erläutert durch Vorstellung von Kranken und durch Vorzeigung zahlreicher Photographien und schriftlicher „Denkproben.“

der Denkprocess ein. Wie er bei dem geistig Gesunden nach Einsattpunkt, Intensität und Dauer unendlich variirt je nach seiner geistigen Individualconstitution, so erleidet er bei degenerirten Individuen und bei psychisch Kranken Abänderungen vom Durchschnittstypus nach Form und Inhalt in vielfacher Art, so dass er durch psychische Krankheit oder Degeneration gar ganz zum Ausfall gebracht, wie auch umgekehrt anderemale einseitig gesteigert werden kann. Freilich ist — heben wir das gleich zu Anfang hervor — seine Qualitätsbeurtheilung unendlich erschwert, da es ja für ihn ein für allemal keinen bestimmten Typus der Endgestalt gibt, zu dem er kommen müsste, so wenig als für unser Seelenleben im ganzen, wo ja doch die Ausseneindrücke, zufällig und ungesetzlich in ihrem Auftreten, wie sie sind, bestimmende Gründe für ihn abgeben und ihn also beliebig wandeln können: wir werden später die Kriterien für die Beurtheilung der Denkform kennen lernen.

Von formalen Denkstörungen gehört im allgemeinen Denkträgheit unter die Stigmata der hereditären Gesamtbelastung unseres Geschlechts und Lust- und Fähigkeitsmangel zum Selbstdenken ist für dasselbe wohl charakteristisch. Begnügt es sich doch zu allermeist mit nothdürftiger Apperception und Reproduction des Wahrnehmungsstoffes und schallt ja die Klage, dass die Menschen das Denken verlernt haben, gar überall wieder, von der Frau über die Magd, vom Herrn über den Knecht, vom Lehrer über den Schüler, vom Professor über den Studenten u. s. w. Und seit vollends die moderne Weltweisheit des Darwinismus dem Genuss homo nur noch einen Unterschied des Grades, nicht aber des Wesens gegenüber dem Thiere zu statuiren beliebt, geht es heutzutage viel mehr noch seiner Selbst- und Sonderschätzung verlustig, nimmt Phrase und Hypothese für Wahrheit und Eigenbesitz und geht auf den Eselsbrücken der Zeitungs- und sogenannten populären Literatur mit Verachtung eines gesunden grenzbewussten und positiv schaffenden Rationalismus lieber den vermeintlichen Irrwegen des Selbstdenkens aus dem Wege.

Freilich ist das nicht seine eigene Schuld nur; lastet ja auf ihm der hemmende Druck der erblichen Belastung: unser Geschlecht ist ein Kind seiner Zeit, der Geschichte; der Lebende steht auf den Schultern der Ahen, und Wohlgeboren ist daher ein Ehren- und Prädicatstitel heutzutage von ganz besonderem Werth, den die wenigsten erreichen, wo die Hochwohlgeborenen kaum mehr zu finden sind.

Müssen wir ja doch in der unzweifelhaften absoluten Zunahme der Geisteskranken, in der Häufung der Verbrechen und Selbstmorde, und ganz besonders in der derzeit sich häufenden Combination von Verbrechen und Geistesstörung, als der Degenerationshöhe, eine progressive Aberration vom Normaltypus erkennen, an dem die ganze Folge der Geschlechter Schuld und Antheil hat.

Ferne sei aber desswegen doch von uns, gerade das lebende Geschlecht von aller Schuld freizusprechen, das thatsächlich vielmehr nach unserer Ueberzeugung eine Fülle von Sonderschuld auf sich häuft, wie gerade dies der Gegenstand unseres Vortrages zeigen wird.

Oder, was soll es anders bedeuten, wenn unsere Bildungsanstalten — zu einseitig das Reale in der Erkenntnisswelt statuierend und oft genug unterschätzend, dass das geistige Leben eine Einheit ist, aus der man nicht die eine oder andere Function willkürlich ausscheiden kann — zumeist einen einseitigen Intellectualismus forciren und züchten, erst meist dürftiger Art noch, weil bei ihm über der Menge des Erfahrungsstoffes die reproductive Thätigkeit derart einseitig in Anspruch genommen wird, dass die productive, reine und höhere geistige Function des Selbstdenkens einfach nicht nachkommen kann und also nicht zu ihrem Rechte kommt? Wenn unsere höhere Schulbildung im besonderen zumeist an der schweren Sünde der falschen Prämisse einer thatsächlich fehlenden, organisch erfahrungsgemäss ohne Schaden einfach nicht erwirkbaren intellectuellen Kraftstärke laborirt und also Defecte geradezu fördert und gross zieht? Oder woher anders dadirt denn unsere moderne Jugendneurasthenie und nervöse Denkschwäche, die geradezu ein neues Capitel unter den Schwächeformen der modernen Nosologie abzugeben und auszufüllen beginnt und es macht, dass die Mehrzahl der gebildeten Menschen kopfmüde und denkunrüstig schon auf der Höhe des Lebens ankommt?

Und auf der Höhe des Lebens, wer muss nicht zugeben, dass es da unserer Zeit, deren inneres Leben überhaupt ja in schweren Geburtswehen liegt, an durch und durch in unverrückbarer, gerade eben aus rüstigem Denken gewonnener und neu immer durch Denken zu erhaltender Weltanschauung — von einem neuen Gelehrten als Denkrhythmus bezeichnet, gefesteten Persönlichkeiten gebriecht, dass es unserem Geschlecht gar ganz an erlebtem — ich sage erlebtem — Glauben an die Realität des Idealen fehlt, aus dessen Reich in allweg rüstige Denker und Geister ihre geistige Sonderkraft sich geholt haben, dass gar überall nur die Mache der Dressur und Schnellbleiche und das Prokrustesbett der Gewohnheit wirkt und dass über dem zur Modephrase gewordenen Wahrspruch: Wissen ist Macht, für den man besser auch: Denken ist Macht, setzen könnte, die Erkenntniss mehr als je angehört hat, Gesamtbesitz der Massen zu sein, dass der Trieb nach Wissen so gut wie das Leben des Gemüths und das sittliche Bewusstsein Realitäten sind, die als Gleichberechtigte massgebende Factoren in die Gestaltung unseres Weltbildes hereinwirken müssen, das aus dem Wissen allein nie construiert sein kann? Und geht also nicht ein tiefer Riss durch unser modernes Geistesleben in dem Mangel an Einklang von wissenschaftlicher Erkenntniss und sittlich religiösem Glauben, dessen mächtige Realität gerade in der deutschen Zeitgeschichte so hell vor unsern Augen steht, und ist nicht unser Geist im Ganzen, uneins in sich, und unser Denkprocess im besondern durch die also gesetzte Inferiorität, durch das Fehlen festgefügtter Ichreihen, durch den Mangel an Kraft der Dirigirung der Gedanken aus innern Motiven zu einem *locus minoris resistentiae* überhaupt geworden?

Und mehr noch, hat nicht in weiterer Folge der moderne Mensch der zumeist also wird und ausfällt, wie das Leben ihn modelt, unlustig und unfähig, wie er ist, zu selbstständiger Verarbeitung und Assimilirung,

zu chemischer Umsetzung möchte ich sagen, des einfallenden Erfahrungsstoffes philosophisch bedürfniss- und bildungslos, auch mit der Geschichte mehr und mehr die Fühlung verloren, massen er ja doch zur Erbringung pragmatisch-geschichtlich in die Reihe seines Geschlechts sich ein- und angliedernden Persönlichkeitsbewusstseins selten genug kommt?

Solcher, m. H., unserem heutigen Geschlecht anhaftender Typus der Unrüstigkeit und geistigen Unvollkommenheit tritt überall zu Tage und verleugnet sich auch in seinen krankhaften Aberrationen nicht, und ist gerade in den formalen Denkstörungen, die seine Psychosen begleiten, ganz besonders deutlich.

Ich reihe nach diesen wenigen Exemplificationen des geistigen Degenerationsprocesses der Gegenwart einige Worte über den physiologischen Denkvorgang an, um hernach zu den formalen Denkstörungen krankhafter Art überzugehen und erst die Grenzen und Kriterien dieser und zuletzt deren kurze Beschreibung im Einzelnen folgen zu lassen.

Ich wähle den Gegenstand um so gern, als er uns Gelegenheit zu einem kleinen Umblick gibt, in dem heute schwerer denn je zu entziffernden und zu verstehenden Gewirr der Nomenclatur unserer modernen Psychiatrie, die auch dem Geübten im ewigen Fluss der Namen und Begriffe schwer genug in den Kopf geht.

Wenn unser einer mit akademisch geschärftem Blick in sich sieht und in seinem Innern völlig objectiv Selbst- und Umschau hält, so gewahrt er zum ersten räumlich-zeitlich sich abwickelnde, an Organe gebundene Bewegungs- respective Tätigkeitsformen, und neben ihnen incommensurabel, ganz sui generis, die Function des Nervensystems ab- und auslösend, eine neue wesensverschiedene Bewegungs- oder Tätigkeitsform — in der *Empfindung*. Mit ihr beginnt das Seelenräthsel: in ihr tritt das unbekannte X, das neue, das seelische Princip sofort eins und ganz, wie es ist, in Thätigkeit. Schon in ihr tritt an Stelle der mechanischen Vorgänge im Nervensystem der gleichsam chemische Process der Seele, der, stufenweise complicirter und reicher sich gestaltend, seine niedere Stufe nach Erreichung der Consolidirung der Individualität — setzenden Ichreihe, in alsbaldiger Angliederung an diese, in der *Anschauung* und *Wahrnehmung* findet, seine höhere reiner geistige Weiterbildung mittelst Combinationen der Einzeleinordnungen aus Empfindung und Wahrnehmung nach zeitlich hinterlassenen Dispositionen durch Verallgemeinerung und Reihenbildung in der *Vorstellung* erfährt, und in der auswählenden Apperception, ich möchte sagen organischen An- und Eingliederung der Vorstellungen in die Ichheit, im *abstracten Denken* in Begriff, Schluss und Urtheil, als dem Mittelpunkt des seelischen Geschehens, zu seiner Culmination gelangt.

Den in geistige Bewegung gleichsam chemisch verwandelten Wahrnehmungsinhalt — mit fortlaufender Anknüpfbarkeit unter sich, wie hin zum Selbstbewusstsein und zurück zur Empfindung — wie er als Residuum aus dem sinnlichen Nervengeschehen geblieben ist, nach den geisteseigenthümlichen Kategorien von Qualität und Causalität hin und her bewegen, der Ichreihe eingliedern, und also verdichten und formen, mit ihr amalgamiren — heisst *Denken*: Die einstige Empfindungs-

wurzel gibt den Inhalt, die logischen Kategorien geben die Form. Wir lassen die inhaltlichen Denkstörungen in Wahnideen, fixen Ideen bei Seite und beschäftigen uns nur mit Störungen der Denkform, trennen also nur zum Zweck der Betrachtung zwei Störungsgebiete, die hauptsächlich sich stets combiniren.

(Schluss folgt.)

450) **von Krafft-Ebing:** Betrug, moralisches Irresein, Hystero-Epilepsie. Ger. Gutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 40. Jahrg. 2. Heft März und April.)

Anamnese und Spc. f. Genovefa P., 38 Jahre alt, ist erblich stark belastet. Der Vater war Säufer und endete durch Selbstmord, ebenso ein Bruder, die Mutter und eine Schwester sind krampfkrank. Die P. zeigte schon als Kind alle möglichen Untugenden. Von der Entwicklung an zeigte sie sich geil und faul und wurde mit 15 Jahren von ihrer Familie verstossen. Das folgende Leben der mit leidlichen Schulkenntnissen versehenen Exploratin ist eine endlose Reihe von Bestrafungen wegen Vagabondage, Unterschlagung, Betrug, Diebstahl, Prostitution, wobei sie in der Haft wiederholentlich psychisch erkrankte, auch hystero-epileptische Anfälle zeigte. Nach einem grösseren Diebstahl wieder verhaftet, ergab ihre persönliche Exploration am 2. und 11. Nov. Folgendes:

Exploratin ist ruhig und zerknirscht, hat in der letzten Zeit Anfälle ihrer Neurose gehabt, stellt aber Geisteskrankheit in Abrede, macht wegen getrübler Erinnerung unrichtige Angaben. Ihr Schädel steht unter dem Durchschnittsmaas, die Gesichtshälften sind ungleich entwickelt. Linksseitige Ovarie. Stimmung gereizt, explosiv. Das Unmoralische ihrer Lebens- und Handlungsweise sieht die P. nicht ein. Neben dem Mangel des moralischen Gefühls ist deutlicher Schwachsinn vorhanden. Simulation wird nicht versucht.

Gutachten. 1. Genovefa P. bietet alle Erscheinungen des sog. moralischen Irrsinns dar, der auf erblicher, degenerativer Grundlage entstanden ist.

2. Hierzu gesellt sich eine schwere, constitutionelle, hysterische Neurose, die als hysterische Geistesstörung bezeichnet werden muss. Die P. bedarf wegen ihrer Gemeingefährlichkeit dauernder Versorgung in einer Humamitäts-Anstalt.

Landsberg.

451) **v. Krafft-Ebing:** Mordversuch. Paranoia persecutoria. Gerichts-ärztliches Gutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med. 40. Jahrg. Heft 2. März und April.)

Akten. Am 28. 8. 86. begeht der ledige, 50jähr. Weber Franz L. aus Böhmen einen Mordversuch in der Kirche gegen den Pfarrer J. K., indem er ihn in die linke Schulter sticht, und lässt sich danach ruhig festnehmen. Bei seinem Verhör am selben Tage gibt er an, dass er vom heiligen Michael den Auftrag erhalten habe, den Pfarrer, der

ihn schon seit 6 Jahren verfolge, zu ermorden. Persönliche Exploration am 1. und 2. 9. 86.

L. giebt in weitschweifiger Rede ein ausgebildetes System von Verfolgungswahn zu erkennen, wonach ihn der Pfarrer mittelst der telegraphischen Stimmensprache in grausamer Weise verfolge, ihm den Samen abtreibe, und ihn mit Heirathsgeschichten sekkire. Er höre sowohl seine Stimme, als auch beschimpfende Stimmen seiner Umgebung. Auch sah er seinen Auftraggeber den heiligen Michael und viele andere Heilige. L. hat den Vater nicht gekannt, Mutter und Schwester seien gesund. Er war dem Trinken und der Onanie ergeben, und litt an Spermatorrhöe. Explorat ist mittelgross und zeigt blasigen, in den Seitenwandbeinen ausgebauchten Schädel.

Gutachten. L. ist seit mindestens 6 Jahren geisteskrank, indem er an Verfolgungswahn und massenhaften Hallucinationen leidet (Paranoia). Die Wahnideen sind theils Verfolgungs- theils expansive religiöse Ideen. Die Strafthat ist ein durch sie bedingter Act der Nothwehr. Explorat ist ein unheilbarer und gemeingefährlicher Geisteskranker und bedarf daher der dauernden Unterbringung in einer Irrenanstalt.

Landsberg.

452) v. **Krafft-Ebing**: Paranoia. Eifersuchtswahn. Betrug zum Nachtheil des vermeintlichen Nebenbuhlers aus Rache. Gerichtsärztliches Gutachten. (Friedr. Bl. f. ger. Med., 40. Jahrg. 2. Heft. März und April.)

Akten. Der 43 jährige, verheirathete Schmied, Joseph K., hat die K. L'schen Eheleute, bei denen er zur Miethe wohnte, um etwa 800 Gulden für Miethe und Anderes geschädigt, indem er ihnen Deckungswerthe vorspiegelte, die er nicht besass. Seine ebenso alte, sterile Ehefrau giebt an, dass die bei ihrem Manne von jeher vorhandene Eifersucht sich in den letzten Jahren bis zum Irrsinn gesteigert habe. Joseph K. motivirt seinen Betrug mit Rache für Ehebruch des K. L. mit seiner Frau, den derselbe seit 2 Jahren begehe und in Folge dessen er Säufer geworden sei (thatsächlich). Die beiden Bezichtigten verwahren sich entschieden dagegen.

Exploration am 15. 10. 1888. K. erzählt schmunzelnd seinen Racheakt und führt Gebärmutterleiden seiner Frau, sowie Fluorflecke im Hemd derselben als Beweise ihrer ehelichen Untreue an. Das Leugnen sei nur ein wohldurchdachter Plan. Explorat stammt von notorischem Säufer; sein Schädel ist plagiocephal.

Gutachten. Josef K. leidet an Verrücktheit (Paranoia) mit Wahn ehelicher Untreue, einer klinischen Varietät des gewöhnlichen Verfolgungswahns. Derselbe wurzelt in characterologischer Besonderheit des Exploraten. Das Vorhandensein der Psychose geht aus der totalen Character-Aenderung deutlich hervor. Behufs Feststellung der Gemeingefährlichkeit bedarf K. der längeren Beobachtung in einer Irrenanstalt.

Landsberg.

453) von Krafft-Ebing: Gefährliche Bedrohungen. Paranoia querulans et persecutoria. Gerichtsarztliches Gutachten.

(Fried. Bl. f. ger. Med. 40. Jahrg. Heft 3. Mai und Juni.)

Sp. f. Akten. Der 49 jährige, verheirathete Grundbesitzer Franz H., allgemein als unverträglich und processsüchtig bekannt, soll, zufolge Anzeige der Gensdarmerie vom 6. 11. 1884, die Leute aus geringfügigem Anlass mit Waffen erschrecken. Mehrere Zeugen bestätigen die Wahrheit dieser Denunciation. Zufolge Akten war H. früher Lehrer und wurde nach mehrfachen Strafversetzungen wegen groben Pflichtwidrigkeiten seines Dienstes entlassen. Eine Haussuchung am 4. 12. 1884 ergiebt ein völliges Waffen-Arsenal.

Ger. Exploration am 18. 2. 1885. H. giebt bereitwillig über seine Verhältnisse Auskunft, schildert weitschweifig die Verfolgungen, die seit 1881 gegen ihn gerichtet wurden und ihn zu endlichen Besitzstörungs-Processen gezwungen hätten. Als Beweis seiner persönlichen Unsicherheit führt er nächtliches Lärmen und Schreien um seinen Besitz an. Auch sein Leben sei vielfach bedroht worden. Mit überlegenem, selbstzufriedenem Lächeln spricht er von dem Durchschauen seiner Gegner sowie von seinen juristischen Studien. Die Mutter sei nervenkrank gewesen, der Vater an Gehirnschlag gestorben, ein Bruder epileptisch zu Grunde gegangen, ein anderer sehr jähzornig. Explorat hat einen, im Längsdurchmesser verkürzten, im Stirntheil auffallend schmalen, in der Gegend der grossen Fontanelle leicht eingesattelten Schädel. Der Blick ist stechend, die Miene lebhaft, suffisant.

Gutachten. 1. Expl. ist von Hause aus geistig abnorm veranlagt und entwickelt. Er ist reizbar, jähzornig, ungesellig, hochmüthig. Dazu gesellen sich moralische Defecte.

2. Aus dem Grunde dieser abnormen Veranlagung hat sich in den letzten Jahren das Bild des Querulanten- und Verfolgungs-Wahns entwickelt. Der letztere ist durch hallucinatorisch illusorische Vorgänge bedingt, zu ersterem hinzugetreten.

3. Die Strafthaten sind die direkte Folge seiner Wahnideen.

4. H. bedarf wegen Gemeingefährlichkeit der Verwahrung in der Irrenanstalt.

Landsberg.

454) Der 46. Jahresbericht über die staatliche Irrenanstalt zu Utica. Forty-sixth annual-report of the managers of the state lunatic asylum ad Utica, for the year ending Sept. 30. 1888 giebt zunächst eine Uebersicht über die Aufnahmeverhältnisse in dem Berichtsjahre. Am 1. October 1887 fanden sich 578 Pat. in der Anstalt, 283 männlichen und 295 weiblichen Geschlechts. Aufgenommen wurden 444 Personen, davon 254 männlichen und 190 weiblichen Geschlechts. Zur Entlassung kamen 411, so dass am Schlusse des Berichtsjahres der Bestand sich auf 611 Pat. belief. Unter den Entlassenen wurden 59 Männer und 40 Frauen als genesen, 27 resp. 36 als gebessert, 94 resp. 82 als ungeheilt notirt. Als nicht geisteskrank verliessen 13 Personen die Anstalt. Die Zahl der Todesfälle belief sich auf 60.

Der Etat balanceirt mit 232, 252 16. Im Berichtsjahr wurde die Anstalt mit electricischer Beleuchtung versehen. Das Anstaltsgebiet wünscht man zu vergrössern, insbesondere um die koloniale Verpflegung einführen zu können.

Was die Aufgenommenen betrifft, so fällt die höchste Zahl derselben in das Alter von 30—40 Jahren. Unter den Ursachen der Erkrankungen bei den Aufgenommenen spielt Ueberarbeitung und seelische Aufregung eine Hauptrolle; Syphilis ist nur dreimal notirt. Dass eine möglichst frühe Aufnahme in die Anstalt im Interesse der Kranken liegt, geht aus mehreren Tabellen hervor.

Aus dem allgemeinen Theil des Berichts bemerken wir, dass man auf der Abtheilung für Männer den Versuch mit weiblichem Personal gemacht hat, ein Experiment, das als gelungen bezeichnet wird, indem man die gehörige Auswahl traf, und zu gewissen Functionen auch noch Wärter heranzog.

Der Aufenthalt in der Anstalt wird für die Gewohnheitssäufer als ein nicht zweckmässiger bezeichnet, da ihnen hier zu viel Freiheit gelassen wird, und sie anderseits nicht so ungern in die Anstalten zurückkehren. Dieselben müssten einer strengeren Zucht unterworfen werden: „das Gefängnis wäre ein besserer Aufenthalt für diese als die Irrenanstalt.“

A scher.

III. Aus den Academien und Vereinen.

Kopenhagener Medicinsk Selskab.

Sitzung vom 19. Februar 1899.

455) Schmiegelow: *Ueber Asthma und sein Verhältniss zu Nervenkrankheiten.*

S. stimmt mit Germain Seé darin überein, das Asthma als bulbäre Neurose aufzufassen, d. h. eine Neurose im Respirationscentrum der Medulla oblongata, bedingt durch eine angeborene oder erworbene Reflexirritabilität dieses Organs. Die Ursache des asthmatischen *Anfalls* liegt in Reizen, die periphere Nerven, vor allem die nasalen Trigeminusfasern treffen, die Wirkung des Reflexes tritt in den motorischen Nerven der Inspirationsmuskeln auf, namentlich denen des Zwerchfells, das sich tetanisch zusammenzieht; neben dem Respirationscentrum wird aber auch das vasodilatorische Centrum der Lungen gereizt.

S. Material umfasst 514 Fälle von chronischer Rhinitis darunter 40 Fälle von Asthma, und 31 Asthmatiker unter 139 Fällen von Nasenpolypen; Männer erscheinen besonders für nasales Asthma disponirt. Von 50 anhaltend behandelten Fällen wurden 30 geheilt, 11 gebessert. In den ungeheilten Fällen war das behandelte Nasenleiden eine blosse Complication.

Kurella.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhstrasse 29).

Monatlich 3 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

15. September 1889.

Nro. 18.

Inhalt.

I. Referate und Kritiken. Miljanitsch: Multiple Sklerose bei zwei Brüdern. Schwarz: Die Lues-Tabes-Frage. Hume: Locale Insolation. Schmiegelow: Entotische Geräusche bei einer Epileptischen. Mairat: De l'épilepsie procursive. Leçons cliniques. Beard, Löwenfeld: Neurasthenie. Alelekow: Fall von erfolgreich mit Trymethylcarbinol behandelter chronischer Entzündung des Rückenmarks. Skinner: Eine Gefahr bei der Suspensionsbehandlung. v. Bergmann: Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. Navratil: Beiträge zur Hirn-Chirurgie. Régnier: Rapports de la syphilis cérébrale avec la paralysie générale. Krohne: Lehrbuch der Gefängnissekunde unter Berücksichtigung der Criminalstatistik und Criminalpolitik. Landerer: Ueber formale Denkstörungen als Degenerationszeichen und psychische Krankheitsymptome. (fortsetzung.)

II. Die internationalen Congresses zu Paris.

1. Congrès international pour les questions de l'Alcoolisme.
2. Congrès international de Hypnotisme experimental et thérapeutique.
3. Congrès international de Médecine mentale.

I. Referate und Kritiken.

456) **P. Miljanitsch:** Multiple Sklerose bei zwei Brüdern.

(Aus dem Hospitale Danilo I. in Cetinje, Medicinskoje Obosrenie Nro. 11.)

Nikolai Lekitsch 29 Jahr alt, Landmann, ist seit der Kindheit immer gesund gewesen, hat nur zuweilen an Kopfweh gelitten. Im December 1887 arbeitete er am Canal bei Korinth und erkrankte, wie die meisten Arbeiter daselbst, an Intermittens und machte mehrere Anfälle durch. Im Januar 1888 erkrankte er an einer acuten Krankheit mit Verlust des Bewusstseins und der Sprache und Lähmung aller 4 Extremitäten und der Blase. Nach 14 tägigem Aufenthalt im Hospital von Kalamakie trat geringe Beweglichkeit der Extremitäten, die Fähigkeit zu sprechen und den Harn zu halten, wieder ein, die Sprache war langsam, scandirend; 6 Wochen später wurde er ins Spital des Pi-

räus transferirt, wo er im Verlaufe von 3 Monaten weder sich bekren-
zigen, noch die Speisen zum Munde führen konnte, behandelt wurde er
mit Electricität und points de feu längs des Rückgraths; nach wei-
tern 2 Monaten war er so weit hergestellt, dass er mit Hülfe eines Sto-
ckes gehen und per Dampfer nach Montenegro übergeführt werden konnte,
4 Monate darauf wurde er in das Hospital von Cetinje aufgenommen.
Stat. präsens 30. Nov. 1888. In der Ruhe sieht man dem Kranken
nichts Krankhaftes an, fängt er aber an zu reden oder irgend eine Be-
wegung zu machen, so fangen Kopf und alle, eben thätigen Muskeln
heftig an zu zittern, beim Aufstehen muss er sich an einem festen Ge-
genstand halten und werden beim Gehen Kopf und Körper von hefti-
gen klonischen Zuckungen ergriffen, Pro- und Retropulsion ist nicht vor-
handen, der Kranke kann plötzlich stille stehen und, ohne zu schwan-
ken, mit geschlossenen Augen stehen, die Muskeln sind etwas rigid,
die Sehnenreflexe sind äusserst erhöht, Fussclonus sehr stark. Das Es-
sen wird durch das heftige Zittern der Hände und des Kopfes sehr er-
schwert, das Kauen ruft einen wahren Krampf der Kiefer hervor und
wird dadurch fast unmöglich gemacht; in Folge einer Facialisparese
kann der Kranke nicht pfeifen, das F nicht aussprechen und schnarrt.
Die Zunge zittert nicht, kein Nystagmus, leichter Strabismus diver-
gens, (seit der Kindheit bestehend), das Gesicht normal, zuweilen
treten Diplopie und Ohrensausen auf, Hyperosmie, im Munde Gefühl
von Hitze und Trockenheit, Geschmack nicht gut. Apathischer Ge-
sichtsausdruck, etwas abgeschwächtes Gedächtniss, Psyche normal, sel-
ten Schmerzen im Kopf und Rückgrath, Sensibilität gut erhalten, Mus-
keln nicht atrophirt, innere Organe gesund.

Der Kranke hat einen Bruder, der in ähnlicher Weise erkrankt
ist und gleichfalls im Hospital placirt wird. Er ist 38 Jahre alt, ver-
heirathet, aber kinderlos, zeigt ähnliche Symptome scandirende Spra-
che, rhythmisches Zittern des Kopfes und der Extremitäten bei jeder
gewollten Bewegung, der Kranke geht, wie der Bruder, aber ohne Stock,
zitternd, mit vorgebengtem Kopfe und gespreizten Beinen und senkt den
Vordertheil des Fusses früher, als den hintern, die Sehnenreflexe sind
bedeutend erhöht, es fehlen Nystagmus und Störungen der Sensibilität
und der höheren Sinnesorgane, Muskelatrophie; beständige Cardialgie
bei gutem Appetit. Die Krankheit besteht seit 25 Jahren und hat nach
einem heftigen Schreck mit Coma, Verlust der Sprache, Parese aller
Extremitäten und unwillkürlichem Harnabgang eingesetzt, dieser Zu-
stand hielt 20 Wochen an und hatte der Kranke beim Essen gleich-
falls Kieferkrämpfe. Nach einem Jahre besserte sich der Zustand et-
was und ist seit 23 Jahren derselbe geblieben. Erblichkeit nicht vor-
handen, die Familie gesund, alle Functionen in Ordnung.

Interessant sind in diesen 2 Fällen von unzweifelhafter multip-
ler Sklerose die wahrscheinlich vorhandene erbliche Prädisposition und
die verschiedene Aetiologie — Malariainfection und Schreck so wie der
apoplektiforme Beginn.

Hinze.

457) **Eduard Schwarz (Riga): Die Lues-Tabes-Frage.**

(St. Petersburg. Medicinische Wochenschrift Nro. 30. 1889.)

1864 hat Virchow in einer kurzen Bemerkung den Verdacht einer Abhängigkeit der Tabes von der Syphilis ausgesprochen, doch ist diese Bemerkung übersehen worden. Duchenne hat Syphilis in der Vorgeschichte seiner Tabiker gefunden, doch der Lues an dem Zustandekommen der Tabes keine Schuld beigemessen. — Erst Fournier hat 1876 gestützt auf Erfahrungen an 30 Tabetikern, von denen 24 sicher Lues gehabt hatten, den Anstoss zur grossen Bewegung des letzten Decenniums gegeben. In Deutschland wandte Erb sich der Frage zu und nach ihm viele andere Autoren aller Nationen. Die Discussion dieses Zusammenhanges ist noch lange nicht geschlossen; es haben sich grosse Differenzen in den Angaben gezeigt, wie häufig in der Anamnese Lues eruiert werden kann. Ziemssen sagt in seinem letzten Vortrage über die Lues des Nervensystems, „dass diese Differenzen ausserordentlich grosse seien und zur Zeit noch unerklärliche“. Doch scheinen diese Differenzen nicht so ganz unerklärliche zu sein.

Während der Discussion hat sich ein sehr auffallender Umstand beobachten lassen; sowohl Anhänger als Gegner der Lues-Tabestheorie haben bei fortgesetzter Forschung immer höhere Procentzahlen für den Zusammenhang zwischen Tabes und Lues finden können, so dass die Anhänger in ihrer Meinung bestärkt, Gegner zu Anhängern geworden sind. So hat Erb anfangs 50% Lues in der Vorgeschichte seiner Tabeskranken gefunden, später 89%; Fournier anfangs 70%, später 91%; Bernhard anfangs 21%, später 60%; Westphal ist bei seinen anfänglichen 14% stehen geblieben. Die Zahlen schwanken also zwischen 14% und 91% — freilich eine recht ungeheuerliche Differenz!

Es wird wohl kaum zu weit gegriffen sein zu vermuthen, dass die Forscher die ersten Procentzahlen aus einem Material berechnet haben, bei dessen Erhebung auf den Zusammenhang der Tabes mit der Lues wenig oder gar kein Gewicht gelegt worden ist und dass bei genauerer Beobachtung dieses Zusammenhanges erst ein brauchbares Material geschaffen worden ist; erst nachdem eifrigst nach diesem Zusammenhang geforscht worden ist, hat man die früheren grossen Lücken in der Erhebung der Anamnese gefunden und dieses neue Material lieferte die grossen Procentzahlen wie 89% und 91% Lues in der Vorgeschichte der Tabes.

Weiter ist sehr zu berücksichtigen, dass Lues in der Vorgeschichte der Tabes nachzuweisen zu den schwierigsten Aufgaben gehört. Angenommen, es stehe unumstösslich fest, die Tabes entstünde nur durch Syphilis und durch keinen andern Grund so wäre es nach Verh's Erfahrung und Ueberzeugung doch unmöglich bei allen Fällen die Lues in der Anamnese auch wirklich nachzuweisen. Es spielen hier die mannigfachsten Schwierigkeiten und Umstände mit, die zu den grössten Täuschungen führen können. — In erster Linie ist zu berücksichtigen, dass die Tabes zu den Spätformen der Syphilis gehört; sie tritt meist 6 —

15 Jahre nach Acquisition der Syphilis auf und scheint oft im Verlaufe von Erkrankungen an Syphilis aufzutreten, die anfangs, wie auch später einen sehr gutartigen Verlauf genommen hatten; in Folge dieses milden Auftretens und Verlaufes ist die Behandlung der Lues meist eine sehr mangelhafte gewesen, oft auch gar nicht begonnen worden. Dieses späte Erscheinen von Rückenmarkssymptomen nach einer lange vorhergegangenen, anscheinend geringfügigen Erkrankung, das milde Auftreten dieser, das gänzliche oder fast vollkommene Fehlen von in die Augen springenden Secundärserscheinungen und die mangelnde oder geringfügige Behandlung lassen die Patienten wenig Gewicht auf „diese Kinderkrankheit“ legen, sie nicht für Syphilis halten, oder sie auch ganz vergessen.

Verf. steht ein Material von 30 Fällen von Tabes zu Gebot. Er hat sich bemüht, reine Fälle von Tabes ohne Lues aufzufinden, es ist ihm bis jetzt nicht gelungen. Er hat in einigen Fällen die Lues in der Vorgeschichte nicht nachweisen können, doch diese Fälle von schwerem Verdacht, früher an Syphilis gelitten zu haben, nicht befreien können. Solche Fälle dürfen nie zu einer Statistik verwandt werden; wenn ein Autor angibt, er habe in 60% seiner Fälle von Tabes Lues in der Vorgeschichte gefunden, so wird wohl mit ziemlicher Sicherheit festgestellt werden können, dass 60% seiner Tabeskranken früher an Syphilis gelitten haben, *nie* aber, dass die übrigegebliebenen 40% früher *nicht* an Syphilis gelitten haben. — Verf. hat während der letzten drei Jahre einen Kranken beobachtet, von dem er sicher glaubte, es sei sein einziger Fall von Tabes, der ohne vorher an Syphilis gelitten zu haben, an Tabes erkrankt sei; da keine Entstehungsursachen zu eruiren waren, sah er diesen Fall als seinen einzigen von genuiner Tabes an. — Die Anamnese ist so interessant und lehrreich, dass eine kurze Wiedergabe gerechtfertigt erscheint:

„Am 4. August 1886 wandte sich an mich Herr Fl. B., 32 a. n., mit Symptomen typischer Tabes dorsalis. Pat. leugnete jede venerische Infection; Pat. hat stets den Eindruck vollkommenster Wahrhaftigkeit gemacht. Er theilte mit, sein Hausarzt habe ihm gesagt, er werde gefragt werden, ob er Syphilis gehabt habe, er könne solches ruhig strict verneinen. Pat. war verheirathet; seine Frau bot das Bild blühendster Gesundheit dar; sie hatte keine Aborte gehabt, hatte ein anscheinend gesundes wohlgenährtes Kind geboren, das jedoch während der Geburt abgestorben war; der Arzt habe gesagt, das Kind sei während der Geburt erdrückt worden. Bei dieser Anamnese musste ich annehmen, dass Lues nicht vorausgegangen war, erlaubte mir jedoch einen leisen Verdacht betreffs der Lebensfähigkeit des zweiten Kindes auszusprechen, das im Laufe des Winters 1886/87 geboren werden sollte. Auch dieses Kind kam todt zur Welt; ich examinierte Pat. jetzt nochmals nach allen Seiten hin, ob er nie auch nicht die geringste Wunde oder Abschürfung an seinem Gliede gehabt habe; da erzählte er mir, er habe sich einmal offenbar beim Tanzen an der Vorhaut durchgerieben, denn als er von einem Ball nach Hause gekommen, habe er an seiner Vorhaut eine kleine durchgeriebene Stelle bemerkt; er habe sie mit Glycerin behandelt, doch sei sie nicht geschwunden und er habe sie seinem Hausarzte zeigen müssen; dieser habe der Sache nicht viel Gewicht beigelegt, habe aber gesagt, man müsse es fortschaffen und habe ihm 14 sub-

tane Injectionen gemacht; es seien später nie irgend welche Erscheinungen auf der Haut, oder im Munde, oder sonst wo aufgetreten; er habe dieser Kleinigkeit nie irgend eine Bedeutung beigemessen, namentlich da er von seinem Arzte vollkommen beruhigt worden sei und da ja auch nie irgend welche Erscheinungen aufgetreten seien. Auf Befragen gab Pat. weiter an, er habe trotz erfolgter Heilung die Stelle, die durchgerieben gewesen, noch lange fühlen können. — Nachdem Pat. im Sommer 1887 in Kemmern eine Schmierkur durchgemacht hatte, verbrachte er den kommenden Winter in gebessertem Zustande und erzeugte im Verlaufe dieses wieder ein Kind, das vor Kurzem geboren worden, gesund und frisch ist*).

Nach diesen Mittheilungen wird wohl Niemand zweifeln, dass Pat. Lues gehabt hat. Ich bin weit davon entfernt zu glauben, dass der Hansarzt mich oder den Patienten hat täuschen wollen; der College ist selbst der Ueberzeugung gewesen, dass seine anfängliche Diagnose — Hunte'r'scher Schanker — falsch gewesen, weil keine Secundärerscheinungen auftraten. Die 14 subcutanen Injectionen haben jedoch möglicher Weise darauf hingewirkt, die Secundärerscheinungen nicht zum Ausbruch gelangen zu lassen, oder sie so abzuschwächen, dass sie übersehen worden. — Auch dem Patienten ist nicht der Vorwurf zu machen, er habe mich täuschen wollen: er hat nie etwas Auffälliges an sich beobachtet und hat auch die vollkommene Berechtigung gehabt, der kleinen Wunde an seiner Vorhaut kein Gewicht beizumessen, namentlich da er von seinem Arzte beruhigt worden; somit hat er bona fide jegliche venerische Affection leugnen dürfen.“

Verf. führt dann noch einen ähnlichen Fall an, bei dem die Anamnese aus einem Gumma sich ergab, welches eine Person zeigte, mit welcher der jede Infection leugnende Patient lebte. Solche Anamnesen beweisen, dass wir oft auf den Zufall angewiesen sind, bei unseren Kranken die Lues in der Vorgeschichte zu entdecken und machen es wahrscheinlich, dass viel öfter Syphilis bei unseren Patienten vorangegangen ist, als wir solches nachzuweisen im Stande sind.

Aus Allem ergibt sich, dass auf dem Wege, die luetische Natur der Tabes aus der Anamnese beweisen zu wollen, nicht zu einem sicheren Ziele zu gelangen ist.

Gegen den Zusammenhang der Tabes mit der Lues werden hauptsächlich zwei Argumente angeführt: 1) die Syphilis erzeuge keine Systemerkrankung und da die Tabes dorsalis eine Systemerkrankung, werde sie nicht durch Syphilis erzeugt; 2) die antiluetischen Curen liessen bei Tabes durchaus im Stich, folglich entstände die Tabes auch nicht auf syphilitischer Grundlage, denn sonst müsste Hg. und J. Besserung oder Heilung bringen.

Was den ersten Einwand anlangt, so kann nicht genügend betont werden, dass der Streit über wissenschaftliche Fragen nicht mit Hypothesen geführt werden darf.

Will man die path. Anatomie gegen den Zusammenhang der

*) Nach der Sitzung theilte mir der College Treymann, der bei dieser dritten Geburt zugegen gewesen, mit, dass die Placenta luetisch gewesen sei.

Tabes mit der Syphilis in's Treffen führen, so setzt man stillschweigend und fälschlich voraus, 1) dass die pathol. Anatomie der Tabes dorsalis nach allen Richtungen hin bekannt ist und dass es sich wirklich um eine primäre Systemerkrankung handelt und 2) dass wir die Wirkungen des syphilitischen Virus in allen seinen Einzelheiten kennen.

Dem ist jedoch durchaus nicht also.

Berücksichtigen wir zunächst die path. Anatomie. Man vergisst, dass mit dem Auffinden einer Degeneration der Hinterstränge in den Leichen Tabetischer noch lange nicht die pathol. Anatomie der Tabes dorsalis eriedigt ist; wir kennen den ursächlichen Process der Hinterstrangdegeneration durchaus noch nicht. In letzter Zeit ist häufiger auf die starke Bindegewebswucherung im tabetischen Rückenmark aufmerksam gemacht worden. In jüngster Zeit hat Th. Rumpf Untersuchungen veröffentlicht, die die grösste Beachtung verdienen. Da an Querschnitten nichts über die Herkunft der Degeneration zu ermitteln war, machte Th. Rumpf Längsschnitte, auf denen er eine Infiltration und Verdickung der Gefässwände und von diesen ausgehend eine Infiltration und Vermehrung des Bindegewebes fand, ganz ähnlich denen, wie er sie auch bei anderenluetischen Processen gefunden hat.

Diese Befunde sind erst einmal von Kraus bestätigt worden und sind in Zukunft weiterer Prüfung zu unterziehen; sie haben jedoch viel Wahrscheinlichkeit für sich und sollten sie sich allgemein bestätigen lassen, so wäre damit eine sehr einfache Erklärung für die Genese der Hinterstrangsklerose gegeben und die Entstehung der Tabes durch Syphilis auch durch den path.-anatom. Befund wahrscheinlich gemacht; die Systemerkrankung wäre dann nur als secundär aufzufassen, der primäre Process wäre zu suchen in den syphilitischen Infiltrationen der Gefässe und des umliegenden Bindegewebes.

Was weiter die Wirkung des syphilitischen Giftes anlangt, dem man die Möglichkeit eine Systemerkrankung zu erzeugen abspricht, so ist in dem Gesagten gezeigt worden, wie durchluetische Erkrankung von Gefässen und Infiltration des Bindegewebes eine Systemerkrankung erzeugt werden kann: weiter ist daran zu erinnern, dass andere Gifte, die eine constitutionelle Vergiftung zu Wege gebracht haben, auch Systemerkrankungen erzeugen können; so erzeugt Blei eine Poliomyelitis anterior, die Latyrnssorten eine spastische Spinalparalyse, das Secale Tabes und die Diphtherie gleichfalls Tabes; wie in diesen Fällen das Zustandekommen der Systemerkrankungen zu erklären ist, scheint noch nicht möglich.

Was den zweiten Haupteinwand anlangt, der von den Gegnern gegen die Tabes-Luestheorie in's Feld geführt wird, die negativen Erfolge der antiluetischen Curen bei Tabes, so ist die Tabes in Bezug auf die Therapie ähnlich zu beurtheilen, wie andere secundäre Processe, die wohl durch syphilitische Processe erzeugt werden, selbst aber nichts Syphilitisches an sich haben. Wie man nicht verlangen kann, dass eine Hemiplegie, die durch Blutung aus einemluetischen Gefäss entstanden ist, durch eine Hg-Behandlung schwindet, so darf man auch

nicht erwarten, dass eine Degeneration der Hinterstränge, die durch Strangulation in Folgeluetischer Infiltrationen zu Stande gekommen ist, durch Hg und J zum Schwund gebracht werde; dasluetische Gefäss aus dem die Blutung erfolgte, und dieluetische Infiltration, die die Strangulation zu Wege brachte, heilen durch Hg und J, die durch die Blutung zerstörten Nervengebiete und die Degeneration der Hinterstränge bleiben stehen. In Fällen, in denen nach antiluetischen Curen, durch Galvanisation, nach Ergotin oder Arg. nitricum Heilung oder an Heilung grenzende Besserungen erzielt worden sind und die Patienten in voller Leistungsfähigkeit durch intercurrente acute Erkrankungen zu Grunde gingen, hat man in der Leiche doch die typische Degeneration der Hinterstränge gefunden, trotzdem dass die Kranken bis zum Tode von ihrer früheren Tabes nichts zu leiden gehabt hatten.

458) T. Hume (St. Helens, Bangalose): Local insolation. (Locale Insolation.) (The Lancet. 20. April 1889.)

Ein in Indien stehender englischer Offizier erkrankte alsbald, nachdem er sich, besonders die linke Seite des Kopfes und Nackens, längere Zeit den heissen Sonnenstrahlen ausgesetzt, an einem Schwindelanfalle, zu dem sich ein Schwächezustand und Dyspnoe gesellten. Zugleich war neben Nausea, Kopfschmerz und blasser Gesichtsfarbe der Athem langsam — 10 Züge in der Minute, — der Puls ebenso und schwach. Ferner machten sich ein beständiges Hin- und Herbewegen der unteren Extremitäten sowie häufiges Gähnen bemerkbar.

Hiergegen zog H. die schon früher von ihm bei vasomotorischen Störungen erprobte Ipecacuanha in der Dosis von drei Gran in Anwendung, worauf der Kranke in einen ruhigen Schlaf verfiel, aus dem er am andern Morgen völlig hergestellt erwachte.

Die Züge des oben entworfenen Krankheitsbildes finden ihre Erklärung einestheils in der aus der erwähnten Ursache hervorgegangenen Reizung des linken N. vagus, der dadurch bewirkten Hemmung der Respirations- und Herzbewegungen und der Contraction der Bronchien und Trachea, sowie darin anderentheils, dass das gereizte Centrum dieses Nerven das nahe liegende vasomotorische in Mitleidenschaft gezogen hatte. Ebenso beruhte das häufige Gähnen auf Congestion der Basis des Gehirns oder auf ungenügender Leistung der Respirationsmuskeln.

Ob jene Drogue den durch die locale Insolation gereizten linken Vagus lähmte oder aber denselben zu erhöhter Thätigkeit anregte, mag dahin gestellt bleiben.

Pauli.

559) Schmiegelow (Kopenhagen): Beretning fra Kliniken for Oereydomme. (Entotische Geräusche bei einer Epileptischen.)

(Hospitals-Tidende 1889 Nro. 29.)

Bei einer 24jährigen epileptischen Frau traten seit dem Frühjahr des Jahres 1888 Geräusche in beiden Ohren, am häufigsten im rechten

auf. Wenn die Patientin sich in liegender Stellung befindet, also hauptsächlich bei Nacht, wird auch von ihrer Umgebung, bis zu 3 Fuss Entfernung ein rasselndes Geräusch, wie das einer ablaufenden Weckeruhr gehört.

Das Geräusch hängt nicht vom Willen der Patientin ab, und kommt nicht alle Nacht, wenn es aber da ist, dann tritt es in schnell aufeinanderfolgenden Anfällen auf, von denen jeder 10 – 12 Secunden dauert. Im übrigen zeigt sich während des Anfalls weder Schwindel noch irgend eine Empfindung in Schlund oder Hals. Nach Gemüthsbewegungen pflegen diese Erscheinungen sehr stark aufzutreten. Gehör und Ohren im übrigen normal. Im Jahre 1889 verloren sich diese Tonempfindungen spontan.

Kurella.

460) A. Mairet (Montpellier): De l'épilepsie procursive. Leçons cliniques. (Revue de médecine Nro. 7. 8. 1889.)

Nachdem Verf. vorher die Symptomatologie der Laufepilepsie auseinander gesetzt hat (siehe dieses Centralblatt Nro. 17, pg. 532), schliesst er in der vorliegenden Arbeit das Studium der Erkrankung ab.

In der Mehrzahl der Fälle findet man *die ersten Andeutungen der Erkrankung* unter der Form von Convulsionen schon in der Kindheit; ihre spätere Entwicklung findet langsam progressiv statt. Zuweilen treten infolge von Traumen derartige epileptische Anfälle sehr rasch auf.

Was das *Verhalten der einzelnen Individuen ausserhalb* der Anfälle angeht, so zeigen sie im allgemeinen genau dieselben physischen und psychischen Charaktere wie die gewöhnlichen Epileptiker, oder aber es bestehen bei ihnen Entwicklungsfehler, welche an die Existenz einer organischen Gehirnlaesion denken lassen.

Aetiologisch steht im Vordergrund die hereditäre Belastung und zwar sind es meist Kinder von *Trinkern* oder auch Phthisikern, welche unserer Erkrankung anheim fallen. Neben der Heredität spielen Traumen und Gemüthseregungen eine Rolle.

Was die *pathologisch - anatomische* Grundlage der Laufepilepsie angeht, so liegen nur 4 Beobachtungen mit completer Autopsie vor. In allen diesen Fällen fand man organische Gehirnkrankungen und zwar sklerotischer Natur, sei es nun dass mit der Sklerose eine Atrophie oder eine Hypertrophie des Organs einherging. Die Krankheitsherde können in verschiedenen Theilen des Gehirns sitzen, sie können ausschliesslich das Kleinhirn betreffen und die bis jetzt veröffentlichten Beobachtungen scheinen zu zeigen, dass dies Organ ganz regelmässig befallen ist.

Natürlich steht Verf. nicht an, die Laufepilepsie von den sklerotischen Gehirnveränderungen abhängig zu machen, sie also für eine *symptomatische Epilepsie* zu erklären. Ob dieselbe auch speziell zu einer Kleinhirnaffection in Beziehung zu bringen ist, muss bei der geringen Anzahl von Beobachtungen und dem häufigen Fehlen von Epilepsie bei sonstigen sklerotischen Cerebellerkrankungen dahin gestellt sein lassen.

Die *Diagnose* gegenüber der gewöhnlichen Epilepsie ist leicht; der Bewusstseins- oder wenigstens der Erinnerungsverlust, das anfallsweise Auftreten, die nachherige Verschleierung des Bewusstseins unterscheiden diese Epilepsie deutlich von der saltatorischen Chorea oder von dem Laufbedürfniss, welches man zuweilen bei den Hysterischen findet. Die *Prognose* ist wie bei jeder organischen Affection des Centralnervensystems eine sehr ernste; doch scheint eine Heilung immerhin nicht ausgeschlossen zu sein.

In *therapeutischer* Hinsicht warnt Verf. vor den Brompräparaten die im Gegensatz zu ihrer Wirkung bei der gewöhnlichen Epilepsie hier zuweilen schädlich sein sollen. Er schlägt Jodnatrium mit Zusatz einer geringen Brommenge vor, hat aber diese Medication noch nicht lange genug selbst angewandt, um ein abschliessendes Urtheil darüber geben zu können.

S t r a u s c h e i d.

461) **Beard**: Die Nervenschwäche (Neurasthenia) übersetzt und bearbeitet von M. Neisser. (III. vermehrte Auflage. Leipzig, Vogel. 1889.)

Trotz mancher Angriffe, welche gegen die Zuverlässigkeit des Autors in der medicinischen Presse hie und da erhoben wurden, gebührt demselben doch das Verdienst vor ungefähr 20 Jahren einzelne bereits gekannte nervöse Symptome zu einem Krankheitsbilde vereinigt und demselben einen schnell und allgemein beliebt gewordenen Namen gegeben zu haben. Es ist daher erklärlich dass bei aller Reichhaltigkeit der Literatur über „Neurasthenie“ welche Deutschland in den letzten Jahren hervorbrachte, das Originalwerk heute noch gern gelesen wird und seine Uebersetzung seit 1881 bereits die 3. Auflage nöthig machte.

Der Uebersetzer und Bearbeiter ist in derselben mit bekannter Sorgfalt verfahren. Er hat nämlich, um nach dem Hinscheiden des Autors neueren Ansichten Rechnung zu tragen, durch Anmerkungen und ein Zusatzkapitel (über die Ursachen der Neurasthenie) das bisher Gebotene vermehrt und ergänzt. Den Stoff zu seinen Ausführungen nahm er zum Theil aus einem nicht ins Deutsche übertragenen späteren Werke Beard's (American nervousness its causes and consequences) theils aus seiner sehr schätzbaren eigenen Erfahrung, welche ihn z. B. berechtigt über das Sulfonal, selbst mit Rücksichtnahme auf längeren Gebrauch, sich günstig zu äussern. So tritt die neue Auflage in jeder Beziehung würdig in die Reihe der neuesten diesbezüglichen Veröffentlichungen.

L e p p m a n n.

462) **L. Löwenfeld** (München): Die moderne Behandlung der Nervenschwäche (Neurasthenie), der Hysterie und verwandter Leiden.

(Zweite vermehrte Auflage. Wiesbaden bei J. F. Bergmann 1889.)

Da die erste Auflage der vorliegenden Schrift im Centralblatte 1887 pag. 409, eine ausführliche Besprechung gefunden hat, so wollen wir unter Hinweis auf dieselbe, hier nur kurz auf einige wesentliche Abänderungen resp. Neuerungen der nach 2 Jahren erschienenen zweiten

Auflage hinweisen. Beim Kapitel „Ernährung“ wird auf die Meinungsverschiedenheiten hingewiesen, die in Betreff der Diät wie der sog. nervösen Dyspepsie bestehen; in dem Abschnitt über „arzneiliche Behandlung und Brunnenkuren“ sind die inzwischen Mode gewordenen neuen Mittel eingefügt; vor dem Uebereifer in dem Cultus der Mitchell-Plafayr'schen Mastkur (im Anhang) wird gebührend gewarnt. Völlig neu aber ist das Kapitel über „Hypnose und Suggestion“. Ein abschliessendes Urtheil über die Leistungsfähigkeit der hypnotischen Behandlung vermag Verf. noch nicht zu geben; zu einem Specificum gegen hysterische u. neurasthenische Zustände scheint sie nicht berufen zu sein, die beschränkte Verwerthbarkeit und die Unsicherheit ihrer Wirkung lässt dies nicht zu. Von sachkrndiger Seite angewandt birgt sie nicht mehr Gefahren, als die meisten der übrigen Curmittel, indess muss man es mit ihr nicht allzu leicht nehmen.

Goldstein.

463) A. Alelekov (Nishny-Nowgorod): Fall von erfolgreich mit Trimethylcarbinol behandelter chronischer Entzündung des Rückenmarks.

(Medicinskoje Obosrenie Nro. 11.)

62jährige Frau hat vor einigen Jahren an Rheumatismus der Beine gelitten, ist sonst aber immer gesund gewesen, klagt seit einem halben Jahre über schiessende Schmerzen und Schwäche in den Beinen, ist bis jetzt vergeblich mit Elektrizität, Jodkali, Bädern u. a. behandelt worden. Die Kranke ist recht gut ernährt, ohne besondere Alterserscheinungen, geistig und körperlich frisch, mit gesunden innern Organen, habituelle Verstopfung. Die Kranke steht mit grosser Mühe aufrecht, das Erheben aus sitzender Stellung fällt ihr noch schwerer, sie wird sehr bald müde, die Beine schleppen, mit geschlossenen Augen kann sie wegen Schwankens nicht stehen, auf einem Beine mit offenen Augen kann sie es kaum, pelziges Gefühl an den Sohlen, zeitweilige atypische, schmerzlose klonische Krämpfe der Unterschenkelmuskeln, welche sehr schlaff und in der letzten Zeit abgemagert sind, die Haut der Fussrücken ist glänzend, blass, leicht schwitzend. Nach 2 monatlicher Behandlung mit Galvanismus, Einreibungen des Rückens und Jodkali wurde der Zustand der Kranken schlimmer, sie kann gar nicht mehr stehen. Die klonischen Krämpfe in den Wadenmuskeln sind constant geworden und hören selbst im Schlafe nicht auf, das Muskelgefühl, sowie die Sehnenreflexe in den Beinen ganz erloschen, diese kalt, noch mehr atrophisch und an den Knöcheln ödematös, die tactile und Schmerzempfindung herabgesetzt, schweres Gürtelgefühl, Formication in den Beinen, häufiger Harndrang. Es wurde nun auf Empfehlung aus St. Petersburg 2 Mal täglich zu 10 Tropfen Trimethylcarbinol gegeben, allmählich zu 15, 20 Tropfen täglich gesteigert, da sie gut vertragen wurden. Der Schlaf wurde bereits nach den ersten Malen besser, nach zwei Wochen verschwand das Gürtelgefühl, die Wadenkrämpfe wurden schwächer. Die Gaben wurden, nach einer einmonatlichen Pause wegen Nichtvorhandensein des Mittels, allmählich auf 45 und selbst 70 Tropfen 3mal täglich gesteigert; bei dieser Gabe trat Schläfrigkeit und leichter Rausch

sonst keine andern üblen Erscheinungen ein. Die Beweglichkeit der Beine nahm unterdessen immer mehr zu, im April 1887 stand die Kranke vom Bette mit Hülfe von Krücken auf, konnte einige Tage später gehen. Die Besserung ging rasch vor sich, die Dosen des Mittels wurden verringert, im Juni 1887 ging die Kranke ohne Krücken. Die letzte Untersuchung ergab: Fehlen der Patellarreflexe, Muskelgefühl, Sensibilität sind normal. Die Wadenkrämpfe fehlen ganz, die Schwäche der Beine ist noch etwas vorhanden, die Wadenmuskeln noch magerer, als normal — die Kranke fühlt sich gesund.

Die Diagnose wurde vom Verf. auf Poliomyelitis anterior chronica gestellt, er ist aber über die Beimengung tabischer Symptome erstaunt, nach Ref. Ansicht mit Unrecht, da ihm der Fall als wirkliche *Tabes* imponirt.

Nach Dr. Schapirow (Wratsch 1887, S. 359) wirkt das Trimethylcarbinol hauptsächlich auf die psychische Thätigkeit, welche es herabsetzt. Er hat es anwenden können bei 1.) erhöhter geistiger Erregbarkeit ohne organische Veränderungen, 2.) cerebraler Neurasthenie mit Aufregung, 3.) Delirium tremens 4.) und vielleicht einigen Fällen von Epilepsie. Ohne ein wahres Hypnoticum zu sein, ist es ein Sedativum, vorgeschlagen worden ist es von Prof. Danilewski in Kiew.

Trimethylcarbinol ist tertiärer Butylalcohol $C(OH) \left\{ \begin{array}{l} -CH_3 \\ -CH_3 \\ -CH_3 \end{array} \right.$ und stellt eine ölige, bei gewöhnlicher Temperatur zu Krystallen erstarrende Flüssigkeit von charakteristischem, campherähnlichen Geruch dar, die bei 82° C. siedet. Hinze.

464) N. W. Skinner: Eine Gefahr bei der Suspensionsbehandlung. (N.-Y. med. Journ. 29. Juni 1889.)

Die Warnung, die Dr. Hammond mit Bezug auf die Suspension in dem oben referirten Artikel ausgesprochen hat, sowie ein Fall, der Hammond's Vorhersagung bewahrheitet hat, haben S. zu folgenden Bemerkungen veranlasst.

Es besteht eine Gefahr bei der Suspension, sowie sie gehandhabt zu werden pflegt, die vielleicht den Tod eines Patienten herbeiführen kann, selbst wenn sie unter unmittelbarer Controle des Arztes vorgenommen wird.

Der Verfasser meint das Vorhandensein von Handhaben, Schleifen oder Knoten an der Schnur, die es dem Arzt erleichtern sollen, den Patienten schwebend zu erhalten. (Es ist nämlich sehr schwierig, die ziemlich dünne Schnur lange fest zu halten, wenn man genügenden Zug ausüben will.) Es kann nun vorkommen, und ist sogar schon geschehen, dass Patienten bei der Suspension ohnmächtig werden. In solchen Fällen ist es dringend nothwendig den Patienten schnell niederzulassen, und ihn auf den Rücken zu legen, um die geeigneten Wiederbelebungsmitel anzuwenden. Knoten und Handhaben verhindern nun die Schnur, in genügender Länge durch die Oese zu laufen, und der Arzt wird in der Eile diese Hindernisse sehr schwer entfernen können. Dieser Uebelstand

kann umgangen werden, wenn man die Knoten und Handhaben vermeidet und statt dessen die Hammond'sche Winde gebraucht, wobei man nur dafür sorgen muss, dass die Schnur lang genug ist, um den Patienten auf die Erde niederzulassen.

Diese Bemerkungen sind anlässlich eines Falles entstanden, der auf Dr. Starr's Abtheilung der Vanderbilt-Klinik vorgekommen ist. Ein ungefähr 40 jähriger Atactiker war schon mehrere Male aufgehängt worden, und hatte dabei einmal auf befragen geantwortet, dass er sich ganz wohl dabei befinde. Als er wieder einmal suspendirt war, wurde er plötzlich blass und unbeweglich und offenbar bewusstlos. Der Arzt versuchte nun, ihn auf die Erde niederzulassen, jedoch eine an der Schnur befestigte bewegliche Handhabe wollte nicht durch die Schleife gleiten, so dass der Patient nicht genügend gesenkt werden konnte. Glücklicherweise war Hülfe in der Nähe, der Patient wurde etwas gehoben, aus dem Halskragen befreit, und kam, nachdem er auf den Rücken gelegt worden war, bei entsprechender Behandlung bald wieder zu sich. Seit der Zeit sind keine üblen Folgen der Suspension bei dem Patienten beobachtet worden, und die Behandlung wurde ohne weiteren Unfall fortgesetzt. 3 andere Patienten haben über Schwindel geklagt, aber ohne so heftige Folgen wie im obengenannten Fall. Der Verf. meint mit Recht, dass, solange diese Methode so neu und in ihren Wirkungen unbekannt ist, die Aufmerksamkeit auf alle Phasen der Manipulation gelenkt werden, und jede Unzulänglichkeit der Methode ebensowohl wie jeder Vorzug veröffentlicht werden muss, ehe ein endgültiges Urtheil über ihren Werth gefällt werden kann. Kurella.

465) **E. v. Bergmann** (Berlin): Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten. (Zweite Auflage. A. Hirschwald. 1889.)

466) **Emerich Navratil** (Budapest): Beiträge zur Hirn-Chirurgie. (Stuttgart, Enke. 1889.)

Die Besprechung der ersten Auflage der ausgezeichneten Arbeit v. Bergmann's findet der Leser auf pag. 457 des Jahrgangs 1888 unseres Centralblattes. Die Arbeit erschien zunächst im Archiv für klinische Chirurgie und gleichzeitig als Separatdruck; nach Jahresfrist schon ist von letzterer eine zweite Auflage nöthig geworden, welche 189 Seiten stark ist gegen 144 der vorigjährigen — ein Beweis einerseits des Fleisses des Verf.'s, der bemüht gewesen ist, die im letzten Jahre über diesen Gegenstand erschienene Literatur kritisch zu sichten und andererseits der Wichtigkeit des Thema's, das augenblicklich im Vordergrund des ärztlichen Interesses steht. Es liegt nicht in den Zielen des Centralblattes, ausführlich auf derartige Arbeiten einzugehen, wie denn auch die Besprechung der ersten Auflage in bündiger Kürze nur das Hauptsächliche hervorgehoben hat. Bei der Fülle des formvollendet wiedergegebenen Stoffes ist es aber auch thatsächlich unmöglich, alles das niederzuschreiben, was man gerne den Lesern mittheilen möchte. Wie Ref. in seiner Arbeit „zur Pathologie und Therapie des Grosshirns“ (dieses Centralbl. 1888 pag. 661) her-

vorhob, ist v. Bergmann durch seine sorgfältigen kritischen Untersuchungen und durch eine Reihe selbst beobachteter Fälle zu der Anschauung gelangt, dass man heut zu Tage in der Eröffnung des Schädels viel zu weit geht — er zieht mit weiser Hand die Grenzen der Trepanation viel enger, als die meisten seiner Collegen und gibt mit der zur Zeit möglichen Genauigkeit an, was dem Messer unter Aussicht auf Erfolg zugänglich ist und was nicht. Da der Verf. gerade den Neuropathologen den Vorwurf macht, die günstigen Erfolge der Exstirpation von Hirngeschwülsten zu übertreiben, so schien es mir angezeigt, seine Einschränkungen hier noch einmal zu erwähnen.

Ganz neu ist in der vorliegenden Auflage das erste Kapitel: Die Operation der Encephalocelen. Die betreffenden Ausführungen haben vorwiegend chirurgisches Interesse und sei desshalb hier nur hervor gehoben, dass Verf. es für berechtigt hält, die sincipitalen Encephalocelen der Radikaloperation vermittelt Exstirpation des ganzen vorliegenden Sackes mit Einschluss seines Inhaltes zu unterwerfen.

Den breitesten Raum des Buches nimmt das zweite Kapitel: Die Eröffnung tiefer Hirnabscesse ein. In Wirklichkeit ist die Eiteransammlung in den Marklagern der Hemisphären ja auch diejenige Gehirnkrankheit, bei welcher der Werth einer chirurgischen Intervention ohne Weiteres einleuchtet. Verf. beharrt bei der Bekämpfung des früher allgemein angenommenen idiopathischen Hirnabscesses, und glaubt, dass der Fall des Ref. (l. c. pag. 631), den er ausführlich wiedergibt, die zusammenbrechende Lehre nicht zu stützen vermöge. Auch der Fall Drummond, den Ref. l. c. pag. 660 kurz andeutete, findet hier ausführliche Wiedergabe. Dass auch gelegentlich eine *acute* Eiterung im Mittelohre einen Abscess erzeugen kann, beweist der Fall des Oberstabsarztes Dr. Schmidt in Metz. Wäre, so schreibt Verf., die vorangegangene Otitis media am Lebenden übersehen worden, hätte man sicherlich den Fall für einen idiopathischen Hirnabscess gehalten. In gleicher Weise, wie der Schmidt'sche, beweisen die von Horsley und Macewen operirten Fälle, dass subacut und acut entstandene Ohreiterungen Abscesse im Schläfenlappen hervorzubringen vermögen. Mit glücklichem Erfolge hat Verf. einen Abscess im Schläfenlappen operirt, den er im Dezember 1888 der medicinischen Gesellschaft vorstellte. Ausser diesem sind noch sieben verzeichnet, die glücklich durch die Trepanation gefunden und entleert wurden, sämmtlich entstanden durch eitrige Entzündung des Mittelohres.

Eine schlechtere Zukunft und weniger Aussicht auf Erfolg bietet die operative Behandlung der Geschwülste des Gehirns, welche v. Bergmann im 3. Kapitel abhandelt. Die chirurgische Behandlung der *Gummata* des Hirns weist Verf. auch jetzt noch zurück, wenn auch nicht ganz so schroff, wie in der ersten Auflage. Es sei fraglich, ob wir nach genügend durchgeführter medicamentöser Therapie überhaupt noch ein Gumma anträfen und nicht etwa eine Narbe, an deren Stelle wir dann eine neue Narbe zu setzen hätten, die vielleicht noch umfangreicher, als die erste, sein müsste. Ref. hatte in seiner mehrfach erwähnten Arbeit die Frage aufgeworfen, ob in Fällen, in denen alles versucht, und schliesslich die Sym-

ptome bestehen bleiben, ja zuweilen zum Tode führen (stat. epilepticus) sich nicht dennoch die Hand des Chirurgen helfend zeigen sollte? Gleichzeitig gab auch Seguin (Contribution to the diagnosis and surgical treatment of tumors of the cerebrum by R. F. Weir and E. C. Seguin. The american Journal of the medical sciences. Juli, August u. Septbr. 1888) dieser Idee Ausdruck. Ich gebe seine diesbezüglichen Aeusserungen in wörtlicher Uebersetzung: „v. Bergmann kritisiert Horsley, weil er einen syph. Tumor des Gehirns operirt habe. Wir müssen hierzu die Einwendung machen, dass diese Ansicht nicht gegründet ist auf einer richtigen Anschauung über die Naturgeschichte der Gummata. Eine Eigenthümlichkeit dieser schlecht ernährten, degenerirten Gewächse ist ihre Tendenz, als inerte Tumoren zu verharren und trotz gründlicher, spezifischer Behandlung wie Fremdkörper zu wirken. In der That, ein Hirngumma sollte nicht Gegenstand chirurgischer Erwägung sein, bevor nicht alle inneren Mittel versucht sind. Eine gründliche antisypilitische Behandlung mit Quecksilber und Jodkali muss lange Zeit hindurch durchgeführt sein. Wenn sie aber mehrere Monate lang stattgehabt hat und die localen Spasmen und Paresen, vielleicht noch andere Symptome einer localen Hirnläsion persistiren, so ist eine Operation sicher gerechtfertigt. Ein inertes degenerirtes Gumma in der motor. Rindenparthie wird nach meiner Ansicht unaufhörlich Symptome ausbrechen machen. Dieser Thätigkeit gegenüber ist eine fernere antisypilitische Behandlung unnütz. Wenn ausserdem das Nervengewebe comprimirt ist durch solch' einen inerten Tumor, so dass eine Parese entsteht, so ist eine Heilung unmöglich, bis der Druck durch chirurgische Hilfe beseitigt ist.“ Obgleich nun Seguin darin irrt, dass er Horsley statt Macewen von v. Bergmann bekämpft sein lässt, so scheint doch auch ersterer, wie aus seiner Rede auf dem Berliner Chirurgencongress erhellt (Centralbl. f. Chirurgie Beilage zu Nro. 29), vollständig unserer Ansicht zu sein. Ja er geht entschieden zu weit, wenn er allgemein sagt, dass die Syphilis des Hirns unheilbar sei, und dass man nicht länger, wie 4 Wochen mit Jod- und Quecksilber Zeit vergeuden soll. Macewen lässt v. B. neuerdings etwas mehr Gerechtigkeit wiederfahren, nur seinen ersten Fall erklärt er noch für unnöthiger Weise trepanirt. Da jedoch beim 2. Falle die 25 jährige Frau, bei welcher M. ein Syphilom erfolgreich extirpirte, ausgiebiger interner Curen unterzogen war, so erklärt v. B., habe er kein Recht mehr, sein in der ersten Auflage abgegebenes Urtheil über diese Trepanation aufrecht zu erhalten, um so weniger als der Erfolg ja unzweifelhaft den Eingriff gerechtfertigt habe.

Statistisch gestaltet sich mit Einschluss der neu hinzugetretenen Fälle das Verhältniss nunmehr folgendermassen: Von 7 Fällen (Bennett-Godley, Hirschfelder, Horsley, Keen, Weir-Seguin und Birdsall) die aus ihren Hirnsymptomen richtig erkannt und operirt wurden, endeten 2 tödtlich, im dritten trat der Tod in Folge einer späteren Wundinfection auf. Von den 4 Genesenen ging einer nach 3 Monaten an einem Recidiv zu Grunde. 3 blieben dauernd gesund, ein Resultat, dem v. Bergmann seine Bedeutung nicht

absprechen will. Die Gefahren der Operation werden auch in dieser Auflage in's rechte Licht gesetzt. Während die Diagnose für die Hirnabscesse noch zu wenig bietet, die chirurgische Technik aber genug, ist es bei den Tumoren umgekehrt.

Das 4. Kapitel: Die Heilung der Epilepsie durch Trepanation hat am wenigsten Veränderung erfahren. v. Bergmann bleibt bei seiner Behauptung stehen, dass nur typische Fälle von traumatischer Rindenepilepsie einer Trepanation und Ausschneidung des betr. Rindenfeldes (nach Horsley) unterzogen werden sollten. Die neuen mitgetheilten Fälle führt er als Beleg dafür an.

Den Schluss des bedeutsamen Werkes bildet die Punktion der Hirnventrikel und die Operation zur Aufhebung des Hirndruckes. Verf. regt den Gedanken an, ob nicht durch Punktion eines Seitenventrikels die Gefahren des übermässig gesteigerten Hirndruckes wie etwa beim Hydrocephalus acutus der tuberculösen Meningitis zu beseitigen seien. —

Navratil's Beiträge haben vorwiegend chirurgisches Interesse. Von den 3 Fällen, die er an Gehirnabscessen, die sämmtlich nach einem Trauma entstanden waren, operirte, starb der erste, die anderen genasen. Von den drei Fällen traumatischer Epilepsie ist am wichtigsten jener, bei dem von vornherein ein pathologisches Produkt in der Hirnrinde diagnosticirt war. Da der erste Eingriff keine vollständige Heilung bewirkte, wurde nach 3 Monaten ein neuer vorgenommen und die Umgebung ausgiebiger abgetragen.

Physiologisch ist interessant, dass die vorgenommenen Resectionen der Hirnrindentheile in keinem Falle bedeutende Motilitätsstörungen zur Folge hatten. Verf. glaubt, dass schon vorher die Bewegungsimpulse für die Extremitäten in andere Bahnen abgeleitet waren. Die Nachbartheile scheinen die Compensation übernommen zu haben; denn einmal löste die elektrische Reizung vermuthlich durch Stromesschleifen eine geringe Bewegung aus, zweitens konnte die durch die Exsudation bedingte Hemiplegie nicht anders gedeutet werden.

Goldstein.

467) L. R. Régnier: Rapports de la syphilis cérébrale avec la paralysie générale. (Revue de médecine Nro. 6. 7, 8. 1889.)

Verf. vergleicht die Hirnsyphilis mit der progressiven Paralyse der Irren in ätiologischer, pathologisch-anatomischer und symptomatologischer Beziehung. Er bewegt sich da auf einem Gebiete, welches ausserordentlich controvers ist, wesshalb es auch nicht auffallen kann, dass Verf. zum Theil Thesen aufstellt, die bei der Mehrzahl der deutschen Psychiater kaum Anklang finden dürften.

Die Syphilis spielt nach R. gar keine Rolle in der Aetiologie der Paralyse; kann er auch das häufige Vorkommen der Lues vor Beginn der Paralyse nicht leugnen, so will er darin nur einen Zufall erkennen; höchstens soll der Kummer, den eine Ansteckung in der Regel verursache, als aetiologisches Moment für die Paralyse in Betracht kommen (!). Jede Paralyse entsteht nach R. auf dem Boden

der Heredität und des Alkoholismus; bei Gehirnsyphilis findet man keine hereditäre Belastung. Geistige Ueberanstrengung, alkoholische und venerische Excesse sind die für beide Krankheiten gleichen Gelegenheitsursachen; wirken also letztere bei noch vorhandener Syphilis, so entsteht wahrscheinlich Gehirnsyphilis, wirken sie bei einem belasteten Individuum, so entsteht oft Paralyse, ganz gleich ob dieses früher syphilitisch war oder nicht. Verf. führt dann zunächst 6 Krankengeschichten von Paralytikern an, die alle hereditär belastet waren, aber auch ohne Ausnahme Syphilis gehabt haben; er führt dann weiter 4 Beispiele von Gehirnsyphilis an, wo nach Verf. keine hereditäre Belastung vorlag; darunter ist aber einer, dessen Vater syphilitisch war, immer sehr bizarr war und an Gehirnweichung starb; Verf. sagt hier, es sei doch keine Geistesstörung vorausgegangen und nur eine solche oder aber Alkoholismus will er im obigen Sinne für die Nachkommenschaft als belastend gelten lassen.

Verf. weist ferner darauf hin, dass Paralyse und Hirnsyphilis bei demselben Individuum vorkommen können und dass die bei geeigneter Behandlung schwindenden Symptome der letzteren oft in den Remissionen der ersteren auftreten. Darin aber, dass es eine echte Gehirnsyphilis gibt, mit oft deutlich spezifischen Symptomen und dementsprechend spezifischer pathologisch anatomischer Grundlage, darin sucht Verf. den Beweis, dass die Paralyse mit Syphilis gar nichts zu thun habe, dass letztere in keiner Weise als Ursache oder auch nur Nebenursache der ersteren betrachtet werden könne.

Verf. bespricht dann ferner die pathologische Anatomie der beiden Erkrankungen, indem er die Gehirnsyphilis im wesentlichen nur so weit berücksichtigt, als ihre Symptome denen der Paralyse gleichen, also jene Form, welche auch als syphilitische Pseudoparalyse bezeichnet worden ist. Was nun zunächst die wirkliche Paralyse angeht, so bieten Erweichungs- oder Blutungsherde, Ansammlung von Serum unter der Arachnoidea, milchige Trübung der Gehirnhäute längs der Gefässe, Vermehrung der Pacchionischen Granulationen nichts Charakteristisches für diese dar; all das kommt auch bei Gehirnlnes vor. Dahingegen das Anhaften der grauen Hirnrinde an den getrübbten Meningen, der Substanzverlust, den die Hirnrinde beim Abziehen der Pia mater erfährt, das ist nach E. die charakteristische Eigenthümlichkeit der paralytischen Meningoencephalitis.

Bei den Syphilitischen findet man ausser Knochenaffectionen sehr oft lokalisierte Erkrankungen der verschiedenen Gehirnhäute, vor allem der Dura mater und zwar meist Gummata. In der Regel verlöthen an der betreffenden Stelle alle Meningen und schliesslich auch das Gehirn selbst, so dass es nachher sehr schwer sein kann den Ort der primären Erkrankung festzustellen. Gleichviel aber wie verbreitet und wie tief die Laesion ist, immer tritt sie herdweise auf, sowohl in den Meningen, wie im Gehirn. Das letztere ist öfters hart wie eine Leber, machmal weich. Die sklerotischen Partien unterscheiden sich von denen bei Paralyse durch ihre Neigung zur fettigen Degeneration. Regelmässig

finden sich aber auch direkt unzweifelhaft spezifische Produkte oder wenigstens an deren Stelle charakteristische fibröse Narben.

Die genaueren histologischen Veränderungen, die man bei Paralyse findet, werden nur ganz oberflächlich gestreift.

Die Symptome der Paralyse hängen nicht von der Natur der Erkrankung, sondern nur von dem Sitze derselben ab, wie dies der Vergleich mit der Gehirnsyphilis zeigt, die ja bei sehr verschiedenen Läsionen oft das Bild der Paralyse vortäuscht, wie R. an einer Anzahl von Beispielen mit Sectionsbefund zeigt. Die diffuse Erkrankung bei Paralyse, wie die circumscribed bei Gehirnsyphilis rufen dieselben Symptome hervor. Dies kommt nach Verf. daher, dass ausser den bei der Autopsie sichtbaren Veränderungen während des Lebens noch unsichtbare vorhanden sind; ein Gumma zerstört nicht nur ein Theil des Nervengewebes, sondern wirkt schon allein durch sein Vorhandensein auch auf das gesunde Gewebe, und nur dadurch werden wahrscheinlich der Grössenwahn, die Sprachstörung, das Zittern etc. bedingt, ähnlich wie man dies in den Fällen von Paralyse ohne Sectionsbefund annehmen muss. Deshalb glaubt Verf., dass nicht die Störung des Nervengewebes die Ursache des paralytischen Symptomencomplexes ist, wie er bei beiden Erkrankungen beobachtet wird. Aber auch in den Gefässstörungen ist das verbindende Moment nicht gegeben. Bekanntlich ist von verschiedenen Seiten gerade die spezifische Gefässerkrankung als Ursache beider Erkrankungen hingestellt worden. Dem tritt aber Verf. auf das entschiedenste entgegen.

Die syphilitische Arteriitis ergreift vor allem die grossen Gefässe (art. basillares und art. foss. Sylvii mit ihren Zweigen), entwickelt sich langsam, veranlasst oft kleinere oder grössere Aneurysmen, die meningeale oder subarachnoidale Haemorrhagien hervorrufen können, oder allmählig die Verschlüssung des Gefässlumens (endart. obliterans), wodurch Erweichung bedingt wird.

Anders bei der Paralyse. Hier ist die Gefässerkrankung viel constanter und betrifft wesentlich die kleinen Gefässe. An den Capillaren der Hirnrinde sieht man weit verbreitet die gewöhnlichen Veränderungen der Arteriitis. Bei den Syphilitischen fehlt oft eine Gefässerkrankung; wenigstens ist sie für die Entwicklung der Gummata oder der Exostosen durchaus nicht nöthig.

Also weder in ätiologischer noch in anatomischer Beziehung findet R. das gemeinschaftliche Moment beider Erkrankungen: die gleiche Symptomatologie wird nur dadurch erklärt, dass beide Erkrankungen die gleichen Organe befallen, den gleichen Sitz haben; bei beiden findet eine indirekte Reizung der Nervencentren der Frontoparietalwindungen statt.

Endlich zeigen die Paralyse und die Gehirnsyphilis auch einen anderen Verlauf. Die Paralyse hat meist einen ganz langsamen Beginn; ganz allmählich entwickelt sich die Aenderung der ganzen Persönlichkeit, des Charakters. Bei der Syphilis haben die Prodrome meist nur eine kurze Dauer. Gehen Oculomotorius- oder Facialisparalyse

längere Zeit voraus, so will R. fast mit Sicherheit Syphilis diagnostizieren.

Der Grössenwahn der Syphilitischen soll sich von dem der Paralytischen durch grössere Einfachheit, grössere Wahrscheinlichkeit unterscheiden.

Wichtig für die Diagnose der Syphilis ist das sehr oft gehäuft vorkommende Erbrechen von meningitischem Charakter, welches nach einigen Tagen ohne Behandlung schwindet.

Oft setzt die Gehirnsyphilis ganz ohne alle Vorläufer plötzlich ein, manchmal mit apoplectiformen oder epileptiformen Anfällen; sofort treten dann Intelligenzschwäche, Sprachstörung, Wahnideen etc. auf, daneben oft Monoplegien, Hemiplegien, Augenmuskellähmungen; doch alle diese Symptome verschwinden auch wieder ziemlich rasch, bis nach einiger Zeit ein neuer Rückfall von ähnlichem Verlaufe eintritt.

Endlich führt die Gehirnsyphilis nach einem sehr ungleichmässigen, capriciösen Verlaufe entweder wie meistens bei geeigneter Behandlung zur Heilung, oder aber wenn die Krankheitsherde zu zahlreich oder zu verbreitet sind, zum Tode.

Die Paralyse dagegen führt selbst nach längeren Remissionen immer zum exitus letalis; eine Heilung der Paralyse giebt es nach Verf. nicht.

Verf. hat in der vorliegenden Arbeit durch Anführung prägnanter Beispiele in beiden Krankheiten alles scharf zu scheiden gesucht, was in praxi in vielen Fällen überhaupt nicht zu trennen ist. Seine Beweisführung ermangelt gerade da, wo die Ansichten am meisten differiren, vollständig der Exactheit und Genauigkeit; er macht grade an schwierigen Stellen Sprünge und baut dann ruhig auf nichtbewiesenen Annahmen weiter. Daher wird auch der aufmerksame Leser eine ganze Anzahl von Punkten, die zum Theil hier gar nicht berührt werden konnten, kaum motivirt finden.

Die Schlussätze des Verf. lauten wörtlich:

1. Die Syphilis darf nicht als eine direkte, praedisponirende oder Gelegenheitsursache der allgemeinen progressiven Paralyse angesehen werden.
2. Dieselben Gelegenheitsursachen rufen bei nicht syphilitischen Individuen Dementia paralytica hervor, während sie bei denjenigen, welche Lues gehabt haben, specifische Erkrankungen herbeiführen; die Specificität macht den Unterschied zwischen beiden Krankheiten.
3. Die anatomischen Veränderungen sind verschieden, und wenn man sie bei demselben Kranken vereinigt findet, sind sie unabhängig und können nicht als die Folge von einander betrachtet werden;
4. Die beiden Krankheiten haben in der Mehrzahl der Fälle einen verschiedenen Verlauf; in prognostischer Beziehung stellen die Unheilbarkeit der einen und die Heilbarkeit der anderen das hauptsächlichste und wesentliche Merkmal dar.

Strausschaid.

468) **K. Krohne**: Lehrbuch der Gefängnisskunde unter Berücksichtigung der Criminalstatistik und Criminalpolitik. (Stuttgart, Enke. 1889.)

Kein Psychiater, auch wenn ersich nicht gerade zu den umwälzenden Forderungen der positiven Schule bekennt, wird sich nach einiger Zeit practischer Thätigkeit dem Gedanken verschliessen können, dass die seelische Eigenart eines Rechtsbrechers in den heute geltenden Rechtsanschauungen sowohl auf Strafbarkeit und Strafabmessung als auch auf die Arten des Strafvollzugs noch nicht so gewürdigt wird, als es Billigkeit und Zweckmässigkeit fordern. Wollen aber die Irrenärzte an der Lösung dieser schwebenden Frage Theil nehmen, so müssen sie vor Allem die bestehenden Verhältnisse genau kennen lernen. Während es nun bei der Oeffentlichkeit unseres Gerichtsverfahrens jedem leicht wird, die richterlichen Grundsätze der Beurtheilung strafbarer Handlungen kennen zu lernen, sind die meisten unserer Fachgenossen in Bezug auf Art und Wirkungen der Freiheitsstrafen fast ganz auf die schriftliche Belehrung angewiesen.

Desshalb verdient das oben näher bezeichnete soeben erschienene Lehrbuch das besondere Interesse fachärztlicher Kreise. Es entspricht nämlich den Anforderungen welche ein Arzt machen muss, in vollem Maasse.

Es hat vor anderen literarischen Erscheinungen aus jüngerer Zeit den Vorzug grösserer Compendiosität, es rührt von einem Verf. her, welcher als Autorität in seinem Fache gilt, welcher mit umfassenden allgemeinen Kenntnissen eine langjährige Strafanstaltsbeamtenpraxis vereinigt. Wir finden alle wichtigen Kapitel der Gefängnisskunde sorgfältig erläutert. Der Styl zeichnet sich durch Knappheit, Frische und Formschönheit vor manchem anderen belehrenden Werke aus. Fünfzehn Tafeln mit Zeichnungen von Strafanstaltsbaulichkeiten und Einrichtungsgegenständen erhöhen das Verständniss.

Ueber alle, der Discussion noch unterliegenden Fragen hat sich der Verf. eine wohlbedachte, scharf umgrenzte, eigene Anschauung gebildet, welche er einfügt.

Was den Psychiater dabei besonders angenehm berührt, ist das Princip des grösstmöglichen Individualisirens im Strafvollzug, welches Verfasser vertritt. Er nimmt deshalb für eine weitgehende Anwendung der Einzelhaft Partei, deren Gefahren er durch zweckentsprechende Einrichtungen bekämpfen will. Auch den Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen trägt er in seiner Weise vollauf Rechnung. Er betont die Nothwendigkeit der Rücksichtnahme auf die grosse Menge geistig Defecter in den Anforderungen des Strafvollzugs. Ebenso weist er auf die Seltenheit der Simulationen im Gegensatz zu den Uebertreibungen geistig Kranker oder Halbkanker hin. Er will für die Strafvollzugsfähigkeit in der Haft geisteskrank Gewordener die weitgehendsten Grenzen gesteckt und dieselben ganz unabhängig von der civilrechtlichen Verfügungsfähigkeit festgestellt wissen. Für Criminal-Irrenanstalten ist er nicht. Er vertritt darin ganz den Standpunkt Richter's und Sander's welcher sich auch mit dem gegenwärtigen Stande unserer Gesetzgebung deckt: Der straf-

vollzugsunfähige, voraussichtlich unheilbare Geistesranke soll aus der Haft entlassen und der öffentlichen Krankenpflege übergeben werden ebenso der voraussichtlich heilbare, wenn zu seiner Wiederherstellung eine besondere Krankenanstaltspflege erforderlich ist.

Strafanstalts-Irrenabtheilungen, welche er, für grössere Landestheile gemeinsam, an eine grössere Strafanstalt angeschlossen haben will, sollen nur zur Beobachtung und während der Zeit der Beobachtung zu Heilversuchen dienen. Den psychiatrischen Specialisten scheint er gewisse Einseitigkeiten zuzutragen; er hält einen solchen für eine Strafanstaltsirrenabtheilung nicht für nothwendig „ja nicht einmal für wünschenswerth“ er verlangt für eine solche Stelle practische Aerzte mit psychiatrischer Vorbildung.

Andere Capitel seiner Ausführungen sind wieder mehr vom allgemein staatsbürgerlichen Standpunkte aus bemerkenswerth, so diejenigen über die Prügelstrafe und die Gefängnisarbeit.

So gestaltet sich die Lecture des Buches auch dort, wo man mit den Ansichten des Verf. nicht übereinstimmt zu einer durchweg anregenden. Reichliche Literaturangaben machen es auch zu einem werthvollen Hand- und Nachschlagebuch.

Leppmann.

469) G. Landerer: Ueber formale Denkstörungen als Degenerationszeichen und psychische Krankheitssymptome.

Vortrag gehalten bei der 7. Jahresversammlung des Landesvereins in Göppingen. (Medicinisches Correspondenz-Blatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins, Band LIX. Nro. 20. 27. Juli 1889.)

(Fortsetzung.)

Wie denn nun so dem Gesunden schon in allweg solche solitarische Einheit des Geistes statuirt werden muss, so leidet auch gleichermassen bei psychisch Kranken wie bei degenerirten Individuen immer und überall nur der Eine und ganze Geistesprocess, und wie das Geistesleben in der Entwicklung schon auf jeder Stufe stehen bleiben kann — die Entwicklung des kindlichen Geisteslebens, deren Klarlegung ein pium desiderium der heutigen Psychiatrie noch ist, gibt interessante Parallelen für das kranke Geistesgeschehen — so kann auch die in Einem nur geschehende krankhafte Hemmung und Wandlung des Geistesprocesses auf jeder Stufe desselben einsetzen: Es kann die Alteration schon auf der Stufe der Empfindung einsetzen und also erwirkt, ist sie die unendlich häufige Quelle krankhafter Geistesbethätigung; des weiteren fällt in Fällen der Weg zur Wahrnehmung aus oder führt er falsch; und endlich. die Störung setzt im Vorsetzen erst ein, nachdem bis dahin alles glatt gelaufen ist und der Denkprocess wird erst von ihm aus alterirt. Also kann jeder Functionsbruchtheil des Geistes, wo immer der Einsatz des einen die Integrität des vorhergehenden voraussetzt, zur Erwirkung der einen Gesamtstörung sein Theil und Ursache abgeben.

Wie nun ja schon in der Breite des Physiologischen der Denkinhalt unendlich variirt nach der qualitativen und quantitativen Zufuhr von Wahrnehmungsmaterial, so zeigt nun auch die *Denkform* in der

Breite des Gesunden, in einer Fülle von Sondercombinationen die allergrösste Verschiedenheit und wir stehen nicht an, zu behaupten, dass es in der Eingangs erwähnten Gesamtneurasthenie unseres Geschlechtes mit der fehlenden Beherrschbarkeit der Vorstellungen aus inneren Motiven gelegen ist, dass auch gewisse krankhafte formale Denkstörungen als geradezu aus der Misère der Gegenwart herausgewachsen, ihm besonders eigenthümlich sind!

Nun aber die Frage? Wie unterscheiden wir diese individuellen formalen Sondercombinationen im Denkprocess in der Breite des Physiologischen — höchstens einfache Stigmata degenerationis — von solchen Aberrationen derselben, die krankhaft erwirkt sind? Welches sind, fragen wir, die Kriterien zur Unterscheidung und Definirung dieser als krankhafter Denkstörungen?

Zwei Wege stehen uns offen: zum ersten gilt es, die individuelle Denkform an einem Idealdurchschnittstypus zu messen, die sie nach der dem individuellen Träger innewohnenden besonderen Art erreichen soll, und zum andern müssen wir im Anschluss daran prüfen, ob der besondere Denkprocess nach seiner Sonderart unter Mitwirkung der gewöhnlichen günstigen Lebensbedingungen zur Erreichung jenes Zieles dienen konnte?

Aber halten wir fest, Einen Idealtypus der Denkform gibt es nicht und auch im Wahnsinn bleiben die allgemeinen Formen, die die gesunden Gesetze der Logik verstatteten; die Syllogismen, Urtheilsformen der Irren sind dieselben, wie die des Gesunden. Aber während den Gesunden die Einübung auf die Verallgemeinerung aus seinen associativen wie apperceptiven Vorstellungsreihen constant und gesichert bleibt, passirt es dem Irren, dass er in der Verkehrtheit des Gedankenverlaufs auch verkehrt einreihet und unterordnet. Durch körperliche Erregungen, denen der Gesunde gegenübersteht, der Irre aber unterliegt, entsteht eine Verirrung der äusseren Wahrnehmung und damit des die Denkwurzel machenden Wahrnehmungsbestandes und in weiterer Folge des unaufhaltbaren Processes ein Zwischenwerfen von Vorstellungen ausschliesslich aus dem subjectiven Zustand des Irren heraus, nicht aus dem Inhalt des Wahrgenommenen; dieses Zwischenwerfen geht so weit, bis schliesslich die Orientirung über die Ursprungswurzel der Vorstellungen verloren geht und damit die Correctur der Vorstellungen am Augenschein unmöglich und dafür der subjective Zustand progressiv mächtiger für das Denken und Vorstellen verwerthet wird.

Dem gegenüber weiss der physiologisch Dumme oder einfach geistig Unrüstige die Thatsachen, die dem Augenschein der Erfahrung offen stehen, gemäss der Constanz der eingeübten Vorstellungsreihen stets richtig zu deuten und wenn auch dem gesunden Denkvorgang subjective Zustände — in der Gemüths- und Gefühlssphäre — als mitschwingende Reihen ja immer zur Seite gehen, ihn noch quale und quantum beeinflussend, so bleibt dem Gesunden doch das stets corrigirbare, jederzeit bewusst in der Vorstellung vollziehbare Coordinationsverhältniss beider paralleler Reihen und die Getrenntheit beider Denkwurzeln in Gemüth und Wahrnehmung bestehen.

Es ist also die Würdigung derartiger formaler Denkstörungen mit Beziehung auf ihre Einwirkung und individuelle Bedeutung — ob normal, ob unrüstig oder krankhaft — ohne Kenntniss der allgemeinen und individuellen Geistesconstitution — und Geschichte nicht möglich: Wie hat das Individuum denken gelernt? Wie hat es früher gedacht? Wie stellen sich Ichreihe und Gedankenbewegung in gesunden Tagen? Wie denken Leute seiner Art, seines Geschlechtes? gilt es zu fragen, und in Antwort auf solche Fragen überkommt uns gerade bei den krankhaften formalen Denkstörungen die Gewissheit der gerade heute so mächtigen Labilität des Denkprocesses, wie des gesamten psychischen Gleichgewichts des modernen Geschlechtes.

Gehen wir nun dazu über, die formalen Denkstörungen im einzelnen kurz zu betrachten, wie sie bei unsern Psychosen vorkommen — wir trennen sie künstlich zum Zweck der Klarstellung nur von den inhaltlichen, mit denen sie thatsächlich ja immer verbunden sind — so haben wir zuerst zu unterscheiden: Störungen der Leitung, d. h. Abweichungen in der Zeitfolge der Gedankenreihen. Man hat auf experimntellem Wege festgestellt, dass bei Melancholischen und Schwachsinnigen die einfachen niederen psychischen Functionen der Wahrnehmung und Willkürbewegung etwas längere Zeit brauchen, als bei Gesunden, und unser Seelen-Jäger geht sogar so weit, allen überhaupt Belasteten und mehr weniger Unrüstigen eine längere „Nervenzeit“ zuzuschreiben; aber auch die höheren intellectuellen Functionen erleiden zeitliche Aenderungen, wie die klinische Beobachtung zeigt, und ist zuerst zu unterscheiden: *Die Verlangsamung des Denkens.*

Sie kann geschehen:

1) Durch directe Hemmung der geistigen Gesamtbewegung aus der organischen Gehirnsphäre, wie solche in heilbarer und unheilbarer Weise geschehen kann in ersterer Art durch Erschöpfung, in zweiter Art durch andauernde Molecularveränderung. In ersterer Weise erbringt sie das Bild der *acuten Demenz*, d. h. jener Gesamtherabsetzung der Psyche auf ein Minimum, wie sie mit günstiger Prognose durch Erschöpfung der nervösen Centralorgane erwirkt werden kann, wie sie auch zum Theil den *Stupor* characterisirt, der pathogenetisch durch die ihm eigene einseitige Hemmung der *Aeusserungen* der Psyche, hinter der diese latent und reconstruirbar bleibt, von der acuten Demenz mit ihrer gleichmässigen Herabsetzung der Function selbst getrennt werden muss.

(*Acute Demenz. Stupor.*)

Die dauernde Molecularveränderung der zweiten Art geschieht in der ganzen Masse der angeborenen und erworbenen Blödsinnsformen, wie sie als Idiotismus und Cretinismus einerseits, als einfach secundäre, als paralytische, als epileptische, als senile Formen von Blödsinn andererseits, die sogar häufigen Bilder der Anstalten geben.

(*Sec. Demenz. Paralyt. Demenz. Epilept. Demenz. Senile Demenz.*)

2. Eine zweite Art der Verlangsamung des Denkens, ausser der durch directe Hemmung des Gehirns, geschieht durch das in Folge Gebundenseins aus depressiver Stimmung erwirkte Prädominiren, Präju-

dicirtsein Einer Vorstellungsbahn, das mit Zwang und so einseitig geschieht, dass das Denken in allen anderen Bahnen träge läuft, bei der *Melancholie*, die in ihren schwersten Formen als *Melanch. attonita*, *Stupor melanchol.*, *Katatonie*, völlige Trägheit bis zum Stillstand der Gedankenfolge erbringt, ihre pathogenetische Sondereigenthümlichkeit aber immer gegenüber den Demenzformen durch die Activität des Gesichtsausdrucks und durch den passiven Widerstand manifestirt.

Melancholie.

Solcher Verlangsamung des Gedankenablaufes steht gegenüber: die Beschleunigung des Denkens, wie sie in fortlaufender Stufenreihe vom niedern bis zum höchsten Grade als Wirkung der erleichterten Apperception und Combination in der *Manie* sich findet, wo der Kranke schwindelt, fäseln, declamirt, singt, vociferirt, alle Modi der Enttäusserung für Vorstellungen in Dienst stellt, vom hundertsten ins tausendste kommt, sich überschlägt und überstürzt und nimmermehr zur Ruhe kommt.

Dieselbe Beschleunigung der Vorstellungen findet sich bei gewissen Formen von *Verrücktheit* und secundärer psychischer Schwäche, mit durch Hallucinationen erwirkter Activität. Dabei können die logischen Verbindungen noch intact sein — wie namentlich bei gewissen Formen von *raisonirender* und *hypochondrischer Verrücktheit*. —

Oder, die überstürzte Folge der Vorstellungen folgt keinem Gesetz mehr, bleibt aber noch im Wesen solcher.

Oder aber, es reihen sich in überstürzter Hast nur Worte und Laute, ohne Sinn und Zusammenhang, sowohl gewohnte solche, als neugebildete an einander.

Als zweite Hauptgattung formaler Denkstörungen sind: Störungen der Reproduction der Gedanken anzuführen.

Sie sind wiederum zweierlei Art:

1) solche, in denen die Reproduction einer früheren Vorstellung in Form und Verband, wie sie im Bewusstsein war, unmöglich oder lückenhaft und

2) solche, wo sie qualitativ getrübt wird, in falschen Schlüssen.

Erstere sind *Gedächtnisstörungen*, letztere *Illusionen*.

In allen Graden leidet das *Gedächtniss* bei Psychosen, um so schwerer, je tiefer die zu Grunde liegende Hirnstörung ist, von der einfachen Gedächtnisschwäche, Gedächtnisstumpfheit bis zum völligen Gedächtnissverluste.

Länger haften die noch rüstig eingereihten Vorstellungen, d. h. die der alten Zeit, wogegen solche der letzten Vergangenheit, weil im schon defecten Apparat sich eingliedernd und laufend, bald genugschwinden.

Es gehören hierher auch die durch das Vergessen der Wortbilder entstehenden logischen Sprachstörungen, deren interessanteste die sind, in denen dieses Vergessen der Wortbilder mit noch relativer Integrität des motorischen Sprachapparates sich verbindet.

Auch in der *Illusion* liegt nur ein logischer Fehler, d. h. die Auffassung eines sinnlich percipirten Vorganges durch eine diesem in-

congruente Vorstellung: z. B. eine Katze, die der Kranke gesehen, wird von diesem als riesiger Panther beschrieben, wogegen ja in der Hallucination die Täuschung nur in der falschen Projection einer reellen, nur central erwirkten Empfindung liegt.

Eine sehr häufige Art von Störung der Reproduction der Gedanken geschieht bei Irren mit noch leidlich rüstiger Erhaltung der Reihenform des Vorstellens durch völlig falsche Werthschätzung der Vorstellungen, vermöge der, bei secundär Verrückten namentlich, oft genug die in der Beziehung unter sich, wie in der Beziehung zur Ichreihe des Bewusstseins incongruentesten Vorstellungsreihen, reproducirt werden, wo die associativen Verbindungen fortdauern und wuchern ohne apperceptive solche. Derartige Kranke plappern, schreiben in ermüdender Ausführlichkeit, ob's klappt oder passt, oder nicht; ihre Gedanken vagiren, lose von der Ichheit, und jede Selbststeuerung fehlt; was von Vorstellungsresiduen inneliegt, wallt und irrt durcheinander und der Anknüpfungen an die Ichheit werden es im fortlaufenden Grade immer weniger, bis die Ichheit gar ganz zerfällt. Es ist dieses einseitige Ueberwiegen der associativen Verbindungen im Vorstellen — in raffinirter Deutungswuth auch für die kleinsten Wahrnehmungen, also dass der Kranke sie alle *subjectiv* zu deuten genöthigt ist, wo sie dem Gesunden mit der objectiven Deutung zu Ende sind — mit Erhaltung aber der Inferiorität der Ichheit besonders charakteristisch für die invaliden Formen der Verrücktheit, die wir als *primäre* oder *originäre* Verrücktheit kennen, in der die Vorstellungsstörung im eigenen Gebiete ohne primäre Affectstörung einsetzt. Sie führt uns auf eine weitere Art formaler Denkstörungen krankhafter Art.

In der Anfangs erwähnten Gesamtneurasthenie unseres Geschlechtes mit der fehlenden Beherrschbarkeit der Vorstellungen aus innern Motiven liegt es nämlich begründet, dass des weitern gerade in unseren Tagen eine specielle Art krankhafter formaler Denkstörungen besonders häufig vorkommt, die darin gegeben ist, dass in den zumeist zuvor schon unrüstig gefügten Vorstellungsverlauf unmittelbar aus organischen Residuen heraus neue Vorstellungen sich einschieben, als incongruent vom Ich empfunden und oft genug bekämpft, mit mehr weniger Macht die Gedankenreihen präjudicirend: ich meine die *Zwangsvorstellungen*, die nicht nothwendig eine Geistesstörung beweisen, immer aber eine Neuropathie manifestiren und in verschiedener Form zur Beobachtung kommen:

Einmal als incongruente Gedankensprünge; beherrschbar oder nicht, viel mehr hereingehend in die Constituirung des modernen Zeitgeistes, als man denken möchte, ohne Reihenverband aus organischen Residuen auftauchend, *Primordialdelirien*; sodann oft genug in *Frageform* unter dem Namen der *Grübelucht*, wo der Kranke resp. Belastete ein Zweifler an allem wird, an die kleinsten Einzelvorstellungen tiefgehendste Betrachtungen anreihen muss, über das innere Wie und Warum bei keiner Vorstellung zu Ruhe und Ende kommt.

Anch als *Zweifelsucht* beschreibt man diese Form in Fällen, wo der Kranke alles, was er thut und spricht, für falsch erklärt oder für

eine Verstellung, wo er, der festen logischen Form verlustig gegangen, in sprungartige Oscillationen seiner Gedanken verfällt, und entspricht dieser *Zweifelsucht* — folie du doute — in der Gefühlssphäre die *Berührungsfurcht* — folie de toucher. —

In der Geschlechtsdegeneration liegt noch eine weitere zumeist krankhafte logische Denkstörung begründet, die darin sich zeigt, dass es heutzutage eine Menge von Menschen gibt, die so auf der Grenze hin und her laviren so lange sie sind, zwischen geistiger Krankheit und Gesundheit, wo die Gedankenverbindungen nicht nur einfach — wie die Anfangs erwähnten — unrüstig, sondern kaum eingelernt, ab ovo *ungleich* und *ungewöhnlich* sind, also, dass die Dinge, aus unbewusstem innerem Triebe, von vorne herein in sonderbare ungewöhnliche Beziehungen gebracht werden, wo bizarre Vorstellungsassociationen — oft nur nach Contrast oder lautlicher Aehnlichkeit geschehend — ungewöhnliche Gedankenverbindungen schaffen, wo die Labilität der Ich-constitution aus inneren Motiven ebenso constant, wie die Denkkübung in gelernten Reihen lückenhaft ist. Das sind vielfach die verschrobenen Köpfe, die verkannten Genies der Gegenwart (die Flugmaschinen und Luftschiffe sinirenden Brüder der Jetztzeit), die meist fürs Leben zu minder, für die Anstalten zu gut sind, die voreingenommenen, wissensgeschwollenen und denkschwachen Strassenapostel der Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit, die alle zusammen das Sein mit dem Wissen ausschöpfen zu können glauben und zuletzt einfach im folgerichtigen, strengen Denken nicht flügge sind — das sie alsbald an die Grenzen einer Welt stellt, die dem Wissen nicht erreichbar ist, — und die eben alle in gleichem Masse an formalen Denkstörungen laboriren, sofern es bei den relativ denkrüstigeren unter ihnen doch nur auf ein anderes *Wollen*, also auf den logischen Fehler der Täuschung in der Denkwurzel, und bei der Mehrzahl der Denknünftigen auf eine petitio principii hinausläuft, d. h. auf den logischen Fehler des Vergessens des Erfahrungsbesitzes als einer Abstraction aus dem Geistigen.

Mit einer weiteren Gruppe formaler Denkstörungen kommen wir progressiv tiefer im geistigen Destructionsprocess der Psychose.

In Zuständen von Blödsinn und Paralyse kann es kommen, dass alle *Reihenverbindung*, sowohl die associative, wie die apperceptive, verloren geht im Vorstellen, dass also die Gedanken *einzelne* als disparate Elemente neben einander umherschweifen, ohne Ziel und Verband, durch den Zufall ebenso leicht verbunden wie getrennt werden, dass also die innere Einheit in der Angliederung an die Ichvorstellungsgruppe, d. h. der logische Verband gar völlig schwindet.

Die reine Form solchen Gedankenschweifens mit Ausschaltung der Ichgruppe und Hinterlassung der später in sie zurück einschaltbaren Functionszeichen, mit ihrem Nebeneinander, nicht Nacheinander der Vorstellungen, der *Traum*, eine in gleichem möchte ich sagen organischere, niederere geistige Bewegungsform, gibt eine Analogie dafür.
(Schluss folgt.)

II. Die internationalen Congressse zu Paris.

I. Congrès international pour les questions de l'Alcoolisme.
Sitzung vom 29., 30. u. 31. Juli 1889. (Le Progrès médical 1889. Nro. 31. 32.)

Léon Say eröffnet die Discussion mit der *Beleuchtung der Frage über den Verkauf und den Consum von Alkohol in Frankreich*. Er constatirt, dass der Alkoholismus von Tag zu Tag zunimmt, berücksichtigt dabei aber die schwierige Lage des Staates, der einerseits eine nationale Industrie schützen, andererseits aber den Consumenten von seiner eigenen Leidenschaft zurückhalten soll. Zwei Fragen sind zu entscheiden: 1. Welches sind die besten Mittel die Qualität der Alkohole zu überwachen? 2. Durch welche Mittel lässt sich die Quantität des Alkoholconsums beschränken?

Yvernes macht einige *statistische Mittheilungen über den Verbrauch alkoholischer Getränke in den einzelnen Ländern*, sowie über den Zusammenhang der Zunahme von Alkoholconsum einerseits und Anwachsen der Verbrechen und der Geisteskrankheiten andererseits. In Finnland hat in Folge scharfer Handhabung der Gesetze hinsichtlich des Verkaufs von Alkohol der Verbrauch desselben eine starke Reduction erfahren; während in den Jahren 1869—73 3,95 Liter und den Jahren 1874—78 sogar 6,10 Liter pro Kopf Alkohol verbraucht wurden, trat seitdem allmählig eine Reduction ein, so dass in den Jahren 1888—89 nur noch 2,06 Liter pro Kopf verbraucht wurden. Belgien nimmt in Bezug auf den Alkoholconsum die erste Stelle ein: auf 43 Einwohner kommt eine Schenkwirtschaft und der Consum von Alkohol ist von 7,09 Liter pro Kopf in den Jahren 1864—72 auf 8,08 Liter in den Jahren 1883—87 gestiegen. In Frankreich hat die Zahl der Verkaufsstellen von Alkohol in 12 Jahren um 15⁰/₁₀ zugenommen; in Paris kommt auf 88 Einwohner eine Schenke, damit ist der Verbrauch von 2,72 Liter pro Kopf in den Jahren 1873—77 auf 3,83 Liter in den Jahren 1883—87 gestiegen. Verbrecher und Geisteskranke haben sich in gleicher Proportion vermehrt. Die Zahl der Verkaufsstellen hat nach seiner Meinung grossen Einfluss auf das Fortschreiten des Alkoholismus.

Canderlier, Generalsekretär der belgischen anti-alkoholischen Liga, berichtet, dass in Belgien die Situation sehr schlimm ist. Auf 8 erwachsene Menschen kommt ein Schenkewirth, der Consum alkoholischer Getränke ist beträchtlich; an Bier consumirte jeder Einwohner im Jahre 1851 138 Liter im Jahre 1881 170 Liter, an Branntwein 1851 5,87 und im Jahre 1881 9,75 Liter. Er stellt deshalb als Bedingungen auf, um den Consum zu mindern: 1. Die Verminderung der Zahl der Schenken. 2. Die Vermehrung der Steuer auf Getränke.

Millier widerspricht der Behauptung, dass die Zahl der Schenken massgebend für die Zahl der Trinker sei. In der Schweiz ist der Alkoholismus mehr verbreitet in der Umgegend von Bern, wo 4 Schenken auf 1000 Einwohner kommen, als in Zürich, wo deren 12 auf 1000 existiren; Branntwein ist der Trost der Einsamen, er wird im

Hause getrunken, während Bier und Wein in Gesellschaft genossen werden. Die Beschränkung der Zahl der Kneipen würde ein Privilegium für die autorisirten Verkäufer und aus diesen öffentliche Beamte schaffen. Staatsmonopol sei besser, verbunden mit Hebung der Moralität der Herbergswirthe.

Hartmann widerspricht ebenfalls der Ansicht, dass die Zahl der Kneipen besonderen Einfluss auf den Consum von Alkohol habe; er stimmt daher für die Herstellung von Versammlungsorten, an denen andere als alkoholische Getränke geschenkt werden.

Pétithau (de Belgique) meint, dass gerade die kleinen Kneipen, die schlechten Branntwein verschenken, den Alkoholismus begünstigen, sie müssen getroffen werden und verschwinden.

Es werden dann folgende Thesen angenommen: der Congress erklärt, dass die Zunahme des Alkoholismus Hand in Hand geht mit der Zunahme der Verbrechen, der Geisteskrankheiten und der Selbstmorde. Er hält die Verminderung der Schenkstätten für eins der Mittel zur Reduction des Alkoholismus und fordert die Regierungen auf, Massregeln zu ergreifen, um diese Beschränkung durchzuführen.

Es folgt die Discussion über die Verantwortlichkeit der Trinker.

Notet stellt zwei Hauptklassen auf: 1. die einfache Trunkenheit, welche Individuen im Zustande accidenteller, provocirter oder preméditirter Trunkenheit umfasst, ferner Gewohnheitstrinker, die sich grösstentheils nicht und nur zuweilen betrinken. 2. die pathologische Trunkenheit, die sich bei schwächlichen, impressionablen oder nervösen Leuten findet, bei denen eine Quantität Alkohol, die gewöhnliche Menschen vertragen, einen Zustand von acuter geistiger Störung, eine aggressive Trunkenheit, einen Anfall von alkoholischem Furor hervorruft. Die Trunkenheit ist straffällig, wenn sie einfach ist und der Delinquent sie vermeiden konnte, ebenso die Vergehen, die in dem Zustande begangen werden; ferner wenn sie als Anreizung zum Verbrechen hervorgerufen wird. Sie ist ferner strafbar aber mit mildernden Umständen, wenn sie pathologisch ist; darf aber nicht entschuldigt werden, wenn die betreffenden Individuen ihre Schwäche kennen. Verbrechen und Delicte während des acuten oder chronischen alkoholischen Delirs begangen, sind nicht strafbar.

An der weiteren Discussion betheiligen sich Duverger, Fournier, Petithau, Drysdale; es werden schliesslich folgende von Notet, Duverger und Petithau redigirte Beschlüsse angenommen.

1. Die Gegenwart von Individuen in der Gesellschaft, die sich im Zustande einfacher und pathologischer Trunkenheit oder des chronischen Alkoholismus befinden, ist eine Gefahr für das Individuum, seine Familie und die Gesellschaft. Der Congress stellt daher die Forderung, dass gesetzliche Massregeln getroffen werden, um von Staatswegen solche Individuen in Specialanstalten zu interniren, wo sie geheilt werden. Ihre Entlassung soll so lange hinausgeschoben werden, als sie des Rückfalls verdächtig sind, was auf Veranlassung des be-

handelnden Arztes geschehen kann. Die Behandlung soll strenge und mit obligatorischer Arbeit verbunden sein. Endlich soll eine gerichtlich administrative Statistik die durch diese Art der Behandlung erreichten Resultate feststellen.

2. Wie im Jahre 1881 der Congress in Brüssel beschlossen hat, soll der chronische Alkoholist, der seine freie Willensbestimmung ganz oder theilweise verloren hat, ganz oder theilweise entmündigt und in eine Specialanstalt gebracht werden.

An der Discussion hinsichtlich der gesunden Getränke, die den unteren Volksklassen an Stelle der alkoholischen gegeben werden müssen, theiligen sich Dujardin - Beaumetz, Fournier, Decroix, Drysdale etc., schliesslich werden folgende Thesen auf Vorschlag von Dujardin - Beaumetz angenommen:

Der Congress erkennt an, dass alle Alkohole mit Ausnahme des Aethylalkohol toxisch wirken und dass auch der Aethylalkohol in hohen Dosen toxische Wirkung entfalten kann, und stellt desshalb die Forderungen:

1. Unreine Alkohole sollen als Getränke von den Regierungen absolut verboten werden.

2. Reine Alkohole sollen so schwer mit Steuern belegt werden, dass ihr Genuss wesentlich eingeschränkt wird.

3. Gesunde Getränke mit Einschluss der gegohrenen, Wein, Cider, Birnmast, natürliche Biere, sollen sehr niedrig versteuert werden, ebenso wie Thee und Kaffee.

4. Laboratorien sollen in industriellen Centren zur kostenfreien Analysirung hergerichtet werden.

5. Die Mässigkeitsvereine sollen die arbeitenden Classen anhalten gesunde, unverfälschte Getränke zu geniessen, und sollen die Wirthschaften begünstigen, die natürliche und nicht alkoholhaltige Getränke schenken.

Holtermann.

II. Congrès international de Hypnotisme experimental et thérapeutique.

Sitzung vom 8., 9., 10. u. 12. August 1889. (Le progrès médical 1889 Nro. 33.)

Ladame verliert einen Bericht über die Nothwendigkeit öffentliche hypnotische Sitzungen zu verbieten, und über die Intervention der Behörden bei der Gestattung der Ausübung des Hypnotismus. Er formulirt seine Ansichten in 3 Thesen, die dem Congress zur Annahme empfohlen werden.

1. Oeffentliche hypnotische und magnetische Sitzungen sollen im Interesse des allgemeinen Wohls und der Sanitätspolizei von den Behörden untersagt werden. Er erinnert zu diesem Zwecke an die zahlreichen Fälle von Hysterie und Neurosen, die sich in Folge öffentlicher durch Magnetiseure abgehaltene Schanstellungen entwickelten. Ferner ist es häufig vorgekommen, dass Leute, die solchen Sitzungen beigewohnt haben, ihre Bekannten zu magnetisiren versuchten, und dieselben hinterher nicht wieder erwecken konnten.

2. Die Ansbübung des Hypnotismus als therapeutisches Mittel soll gleichen Gesetzen und Verordnungen unterworfen sein, wie sie für die Medicin geschaffen sind: der Hypnotismus kann in unkundigen Händen gefährliche Folgen haben, er darf daher nur von solchen ausgeübt werden, die die gesetzlich nöthigen wissenschaftlichen und moralischen Garantien bieten.

3. Die Lehre sowie die medicinische Anwendung des Hypnotismus soll offiziell in die Lehrpläne der psychiatrischen Kliniken eingeführt und von den Candidaten der Medicin in Zukunft die nöthigen Kenntnisse in der Anwendung des Hypnotismus als Heilmittel gefordert werden.

Gegen den letzteren Satz erhob sich eine lebhafte Discussion und wird These 3 vom Congress dahin abgeändert: Es ist wünschenswerth, dass das Studium des Hypnotismus und seiner therapeutischen Anwendung in den Lehrplan der medicinischen Schulen eingeführt wird und dass in Zukunft die Candidaten der Medicin die nöthigen Kenntnisse in der Anwendung des Hypnotismus als Heilmittel besitzen.

Van Reuterghem macht in seinen und im Namen von Van Eeden Mittheilungen über ihre Erfolge vermittelt suggestiver Therapie in ihrer Klinik in Amsterdam. (Broschüre von 92 Seiten.) Sie haben an 500 verschiedene Fälle von Aphasie, Hysterie, Hypochondrie, Lypomanie, Rheumatismus, Vertigo, intermittirende Fieber, schwere Leucorrhoeen behandelt. Sie haben eine grosse Zahl von Besserungen, einzelne Heilungen erreicht.

Bernheim (Nancy) berichtet über den Werth der verschiedenen *Procedures*, um die *Hypnose* hervorzurufen und die *Suggestibilität* mit Hinsicht auf den therapeutischen Zweck zu erhöhen. Alle Methoden können gleichen Erfolg haben, vorausgesetzt, dass dem betreffenden Individuum vorher gesagt ist, dass es einschlafen wird; die Suggestion schläfert den Kranken ein. Bei einzelnen Individuen reicht der Befehl zum Einschlafen schon aus. Diese hochgradig der Suggestion zugänglichen Menschen sind im Leben den unangenehmsten Zufällen ausgesetzt; hier muss die Erziehung diese ihre Fähigkeit zu ihrem Vorthail zu verwenden suchen, indem sie ihnen von Kind auf einen unbesiegbaren Widerstand gegen die Suggestion einimpft. Bei weniger empfänglichen Individuen bedarf es gewisser Vorbereitungen, um sie für die Hypnose zugänglich zu machen; man bringt sie in die Gesellschaft Hypnotisirter, zeigt ihnen die günstigen Erfolge und wartet, bis sie selber darum bitten, hypnotisirt zu werden.

Fontan (Toulon) spricht über die Wirkung der Suggestion bei *Affectionen des Nervensystems* „cum materia“; er hat Laesionen des Gehirns wie Apoplexie, alte Paraplegie mit Suggestion behandelt und günstige Erfolge erzielt. Genesung tritt nie ein, dagegen eine bedeutende Besserung namentlich der motorischen Symptome. Die Suggestion misslang bei Bleilähmungen; sie ist im Allgemeinen ohne Wirkung bei den centralen Lähmungen mit Contractur. Ein Fall von multipler Sklerose, — durch die Autopsie bestätigt — wurde in seinen motorischen Symptomen bedeutend gebessert.

Forel (Zürich): *Die negativen Hallucinationen bei Geisteskranken und bei Hypnotisirten.* Jede positive Hallucination ist mit einer negativen complicirt. Ein Geisteskranker, der in seinem Schlafzimmer einen Altar erblickt, sieht in dem Moment nicht die Betten oder andere Objecte, die ihm den Altar verdecken würden; in gleicher Weise hat der Hypnotisirte, wenn man ihm das Verschwinden einer vor ihm stehenden Person suggerirt, eine positive der negativen complementäre Hallucination, indem er einen Stuhl, eine Wolke sieht.

Gascard (Paris): spricht über *den Einfluss der Suggestion auf Menstruationsanomalien.* Bei nervösen Frauen mit Amennorrhoe tritt die Periode nach Suggestion ein; uterine Haemorrhagien konnten andererseits durch Suggestion zum Stillstand gebracht werden.

Bérillon spricht über *den Werth der Suggestion* in der Paediatric und bei der Erziehung degenerirter Kinder.

Bernheim macht Mittheilung *über im Schlafe suggerirte falsche Aussagen.* Erweckt man in einem Saale, wo ein Dutzend Kranke im natürlichen oder hypnotischen Schlaf liegen, ein Individuum und suggerirt ihm eine retroactive Hallucination einer Begebenheit, die sich in der vorigen Nacht in dem Saale abgespielt hat, so nimmt der Kranke die Suggestion an und ist bereit sie zu beschwören, dass sich alles wirklich unter seinen Augen so zugetragen. Das Merkwürdige bei dem Vorgange, ist aber, dass, wenn man dann ein Individuum, welches schlafend dieser Scene beigewohnt hat, über das suggerirte Factum fragt, dieses sich an dasselbe erinnert und es ebenfalls bestätigt. Mit allen anderen Individuen in demselben Saale, selbst denen, die im natürlichen Schlafe lagen, ist das Gleiche der Fall, denn sie haben ohne zu erwachen die Discussion mit angehört. B. schliesst daraus dass man in Gegenwart eines schlafenden Menschen nicht sprechen darf und dass diese Versuche die erschreckende Fehlbarkeit des menschlichen Zeugnisses beweisen.

Liégeois (Nancy): verliest einen Bericht *über die Beziehungen der Suggestion und des Somnambulismus zur Jurisprudenz und gerichtlichen Medicin.* Zwei Ansichten stehen sich gegenüber, die der Schule von Paris und der Schule von Nancy; die letztere hält nach ihren Experimenten es für möglich, dass in Wirklichkeit Verbrechen einer hypnotisirten Person suggerirt werden können, welche sie dann nach dem Erwachen zur Ausführung bringt, während die erstere (Gilles de la Tourette in seinem Buche „Der Hypnotismus und analoge Zustände vom gerichtlich-medizinischen Standpunkte aus betrachtet.“) diese Ansicht bestreitet und vielmehr behauptet, nicht die Suggestion berge beim Hypnotismus die grössten Gefahren in sich und dass die Somnambulen nur die ihnen angenehmen und indifferenten Aufträge ausführen, die ihnen ein ihnen angenehmes Individuum suggerirt. Liégeois, der selber der Schule von Nancy angehört, widerspricht dem, indem er behauptet, gerade die Suggestion sei vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt am meisten beim Hypnotismus zu fürchten, denn Somnambulen führen die verbrecherischen Suggestionen mit unfehlbarer Sicherheit aus, ein Standpunkt, den er in seinem Werke:

„Suggestion und Somnambulismus in ihren Beziehungen zur Jurisprudenz und gerichtlichen Medicin“ vertreten hat.

L. bespricht dann weiter die Momente, die zur Entdeckung des Urhebers der Suggestion führen können und führt zum Schlusse mehrere gerichtliche Fälle an, in denen verschiedene hypnotische Zustände eine wichtige Rolle spielten und theilweise verkannt wurden.

In der weiteren Discussion vertreten Gilles de la Tourette einerseits und Bernheim und Liégeois andererseits den Standpunkt ihrer resp. Schulen.

Holtermann.

III. Congrès international de Médecine mentale.

(5.—10. August 1889.)

Sitzung vom 5. u. 6. August 1889. (Le Progrès médical Nro. 32. 1889.)

Falret *Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives, et instinctives)*. Es gibt 4 verschiedene Grade von Zwangsvorstellungen. Der erste Grad ist physiologisch; ein Wort drängt sich dem Gedanken fortwährend auf, oder im Gegentheil man sucht anhaltend ein Wort, das stets wieder entschlüpft. Der zweite Grad, der sich bei praedisponirten Individuen findet, ist schon pathologisch; es gibt Lente, die kein Messer, keinen Degen, kein offenes Fenster etc. ohne Angstgefühl sehen können, aber sie bekämpfen diese Vorstellung durch ihr Raisonnement. Ein 3ter Grad begreift die Zustände von Agoraphobie, Claustrophobie, Onomatomanie, Coprolalie, Echolalie etc. in sich. Ein vierter repräsentirt die völlige geistige Erkrankung. Der gemeinsame Charakter dieser 4 Grade ist der: die Kranken haben Bewusstsein von ihrem Zustande; sie sind grösstentheils hereditär belastet. Es handelt sich um remittirende, periodische Zustände, die die Intelligenz nur in weiterem Sinne unter der Form der Angst, des Zweifels, des Zögerns berühren und emotive psychische Erscheinungen herbeiführen; sie sind nie von Hallucinationen begleitet; die Einen transformiren sich nie in die Anderen, bilden sich nie zu gewöhnlicher Geisteskrankheit aus, stellen nie cyklische Episoden wie bei den hereditären Zuständen dar. Nie gehen sie in Dementia über. Zuweilen, aber selten kommen sie im Zusammenhange mit Verfolgungsdelirien oder Melancholie mit Angstzuständen vor.

Die Discussion wird auf eine spätere Sitzung verschoben.

Morel (Gent) verbreitet sich über die *Grundlagen einer brauchbaren internationalen Statistik der Geisteskrankheiten* und verliest den Bericht über die Arbeiten der Delegirten der internationalen Commission, die auf dem Congress zu Antwerpen ernannt war.

Das von der Belgischen Gesellschaft für Geisteskrankheiten aufgestellte Schema wird angenommen.

1. Manie, avec le délire aigu.
2. Mélancholie avec la démence aiguë ou stupidité.
3. Folie périodique.
4. Folie systématique progressive (délire chronique).
5. Démence consécutive à une maladie mentale.

6. Démence consécutive à une affection organique du cerveau, y compris la sénilité.
7. Folie paralytique.
8. Folie neuropathique (hystérique, hypochondrique, épileptique, neurasthénique).
9. Folie toxique.
10. Folie morale et impulsive.
11. Idiotie, imbecillité etc.
12. Cas mal déterminés.

Ségla s: *Note sur le dédoublement de la personnalité et les hallucinations psychomotrices. 2 Beobachtungen von Kranken bei denen gleichzeitig Verdoppelung der Persönlichkeit und sogenannte psychische Hallucinationen (Baillarger) sich finden.* Die erste betrifft einen 33 jährigen Priester mit Grössenwahn, Verfolgungselirien und Hallucinationen. Unter den letzteren sind mehr Gehörshallucinationen, — telephonische Stimmen nennt sie der Kranke — und Stimmen mit labialem Charakter, die von einer wenig ausgesprochenen Gehörserregung begleitet werden, aber hauptsächlich in Bewegungen der innerlichen in Gedanken vor sich gehenden Articulation bestehen.

Die zweite Beobachtung betrifft eine 33 jährige Frau mit Störungen der allgemeinen Sensibilität, Delirien, psychomotorischen Störungen. Sie ist von Geistlichen besessen, die innerlich zu ihr sprechen. Sie hört sie nicht, aber versteht sie durch die Bewegungen der Zunge, die Jene hervorrufen.

S. verweist auf seine kürzlich im Progrès médical über diese Art Hallucinationen veröffentlichte Arbeit und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Die psychische Hallucination von Baillarger ist vor allen Dingen eine functionelle Störung der motorischen Centren der Sprachfunction.
2. Sie steht gleichzeitig mit der sensoriiellen Hallucination und mit den Zwangsbewegungen im Zusammenhange, obgleich sie sich letzterer mehr nähert. S. nennt sie deshalb psychomotorische Hallucination.
3. Das motorische Element, welches sie einschliesst, ist die Hauptursache der Verdoppelung der Persönlichkeit. Holtermann.

Die verehrten Herren Abonnenten

werden ergebenst gebeten, das Abonnement auf das IV. Quartal 1889 rechtzeitig zu erneuern, damit in der Zusendung des Centralblattes keine Störung eintrete.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrasse 29)

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. Oktober 1889.

Nro. 19.

Inhalt.

I. Referate und Kritiken. Verga: Zwangshandlungen. Guldberg: Zur Morphologie der insula Reilii. Runeberg und Homen: Pseudohypertrophie der Muskeln bei zwei Brüdern. Rivano: Acetonurie bei Geisteskranken. De Vries: Autobiographie eines Hallucinant. Samuel: Das Gewebewachsthum bei Störung der Innervation. Bennett: Ueber starke sensorielle corticale Entladungen und ihre Effecte. Eine Studie der sensoriellen Aura. Stephan: Sur un cas de mutisme hystérique. Socca: Un nouveau cas de maladie de Friedreich. Paulidès: Des arthropathies tabétiques de pied. Rieher: Habitude extérieure et facies dans la paralysie agitante. Dutil: Sur un cas de paralysie agitante à forme hémiplégique avec attitude anormale de la tête du tronc (extension). Mossé et Banal: Recherches sur l'excrétion urinaire dans la paralysie agitante. Terrillon: De l'intervention chirurgicale dans certains cas de rétraction musculaires succédant à la contracture spasmodique. Duret: Déformation de la région lombaire de nature neuromusculaire (cypho-scoliose hystérique). Kovács: Ein Fall von Arseniklähmung. Eigennamen in der Neurologie. Konrad: Suggestion-Hypnose und Verrücktheit. Landerer: Ueber formale Denkstörungen als Degenerationszeichen und psychische Krankheitssymptome.

II. Die internationalen Congresses zu Paris.

Congrès internationale de Médecine mentale.

III. Tagesgeschichte.

I. Referate und Kritiken.

470) Verga (Nocera): Le idee fisse impulsive. (Zwangshandlungen.)
(Il Manicomio IV. 3.)

V. bringt drei Fälle von impulsiven Zwangsvorstellungen, die einen impulsiven Character tragen. In einem Fall, dem eines Geistlichen, der sich tortwährend getrieben fühlte, seinem Bruder den Hals abzuschneiden, traten später andere Symptome psychischer Störung, conträre Sexualempfindung, Grössenideen auf; die Zwangsvorstellung selbst, die nach ungewöhnlichen sexuellen Excessen entstanden waren, verschwand bald nach Isolirung; derselbe günstige Erfolg dieser Maassregel zeigte sich

nach wenigen Monaten in den beiden andern, mehr das Gepräge der Neurasthenie tragenden Fällen.

V. empfiehlt in der Therapie neben Isolirung und feuchter Einpackungen auch die elektrische Massage. Kurella.

471) Guldberg (Kristiania): Bidrag til insula Reilii's Morfologi. (Zur Morphologie der insula Reilii). (Nordiskt Medicinskt Arkiv XXI. Nro. 6. p. 1.)

Eine vergleichend embryologische Untersuchung über die Insel.

Während der im dritten Monat durch eine scharfe Grenzfurche — *fissura rhinencephali poster.* — nach hinten abgetrennte Riechlappen nur langsam wächst, nimmt die Insel nach ihrer Anlage rasch zu; ihre tiefe Lage ist bedingt durch die Ausbildung der Grosshirnganglien an ihrer Innenseite; am Ende des 5. Foetalmonats bildet sie, am Boden der ovalen Fossa Sylvii, eine schwach convexe, glatte Masse; erst nach Anlage der Fiss. Rolando (im 7. Monat) tritt auf der Insel eine diagonal ziehende Furche auf, die auch späterhin deutlich bleibt und die Inselfläche in eine *pars frontalis* und eine *pars parieto-temporalis* theilt; der erstere Abschnitt wird weiter durch eine etwas später auftretende Furche wieder getheilt, sodass zuletzt drei nach oben radiär divergirende Furchen entstehen; diese Furchen entsprechen vollkommen den viel früher auftretenden vergänglichen Furchen der Hemisphären und repräsentiren somit dauernd den „Archaetypus“ der Hirnfurchung. Von den umhüllenden Theilen der Hemisphären ist die Insel durch einen *isthmus anterior* und *posterior* getrennt. Bei höheren Säugethieren ist die Insel nicht so scharf abgegrenzt wie bei den Primaten, doch auch ganz oder theilweis durch *opercula* verdeckt, bei den *Artiodactylen* (Schwein) hat sie mehr den Character einer querlaufenden Windung. im Gegensatz zu den radiären Furchen der Primaten, die stark hinter dem Riechlappen zurücktritt. Kurella.

472) Runeberg und Homen (Helsingfors): Pseudohypertrofisk muskelatrofi hos tvänne bröder. (Pseudohypertrophie der Muskeln bei zwei Brüdern.) (Finska Cäkaresällskapet's handl. 29. pag. 212.)

Vater Alkoholist, Mutter schwachsinnig, Mutterbruder geisteskrank; der eine der beiden Brüder, 8 Jahr alt, zeigte mit 5 Jahren Gehstörungen, später Volumzunahme der unteren Extremitäten, während die übrige Muskulatur überall schlaff und atrophisch wurde; Wadenmuskeln stramm, prominirend, verdickt. Der 14 jährige Bruder hatte vor 9 Jahren die ersten Gehstörungen, kann seit längerer Zeit nicht das Bett verlassen, sich darin nicht aufrichten, Muskulatur überall schlaff und atrophisch bis auf die dicken Waden: electrische Erregbarkeit der Muskeln für beide Stromarten sehr herabgesetzt.

Beide Knaben sehr wenig intelligent. Kurella.

473) **Rivano** (Turin): Sulla acetonuria negli alienati. (Acetonurie bei Geisteskranken.) (Annali di Freniatria I Fasc. 2.)

91 Irre wurden nach der Methode von Lieben (Zusatz von Kalilauge und Jod-Jodkali-Lösung) auf Aceton untersucht. Es fand sich in 37 Fällen, bei 90% der Paralytiker, 30% der Epileptiker, 60% der Melancholiker, bei den übrigen Formen seltener; bei Epileptikern waren positive Untersuchungsergebnisse nur nach Anfällen zu erzielen.

Kurella.

474) **De Vries**: Autobiographie van een hallucinant. (Autobiographie eines Halluzinanten.) (Psychiatr. Bladen. IV. 3. und 4.)

Aufzeichnungen eines Paranoikers, die, ohne Commentar veröffentlicht, wegen der Schärfe der Selbstbeobachtung werthvolles Material zur Theorie der Hallucinationen bringen.

„Der Mann (ein früherer Patient der Anstalt) verkehrt mit mir durch Mauern und alles hin.“

„Ich antworte ihm manchmal mit geschlossenem Munde und ohne einen Laut zu geben — und er versteht mich auch gut.“ „Der Mann kann achtgeben auf meine Wahrnehmungen, Eindrücke, Vorstellungen und Gedanken, er kann auch meine Aufmerksamkeit verschärfen oder ableiten, er kann ein Bild in mein Auge bringen, wie wenn ich eine Zeichnung sähe.“

„Er kann Gedanken rathen, in der Nacht träumen lassen, wachend träumen lassen, — durch Mauern und alles hin zu jemand sprechen.“

„B. Wahrnehmungen.

1. Meine Nerven. *Gehörnerven*. Oft, wenn ich las, hörte ich gegen die Mauer, und musste glauben, dass die Wanduhr mitlas. Wenn ich schrieb, desgleichen. Der Ticker der Uhr musste wissen, was ich schrieb.“

„Bemerkt sei nun, dass das Ungewöhnliche oder Seltsame genannter Wahrnehmungen darin besteht, dass die Ursache des Tickens nicht an der Stelle anwesend zu sein brauchte, wo ich sie mir der Gewohnheit gemäss denken musste, sondern dass sie gelegen ist in einem Manne, von ungefähr 80 Jahren, von unter Mittelgrösse, und gewöhnlich mit einer Pertioke auf; er sitzt gewöhnlich still da und scheint nichts zu thun.“

„*Gesichtsnerven*. Einmal habe ich hier bei hellerlichem Tage und ganz bei Sinnen, ein ganz lebhaftes farbiges Bildchen (kleine Landschaft) im Auge gehabt, ohne dass etwas davon wirklich vorhanden war.“ Obendrein habe ich am Tage meine Umgebung dunkler gesehen, als natürlich, wie eine Photographie gefärbt.“

2. *Die Willensnerven*. „Eine ungewöhnliche Neigung zu Kraftleistungen habe ich mehrmals in meinen Armen gefühlt.“ „Einzelne male zu frühe Ermüdung in den Armen; manchmal habe ich Buchstaben oder Worte in meiner Kehle gefühlt, die ohne meinen Willen dahinein kamen.“ „Oft passirt es, dass ich leichte Bewegungen mache, ohne nachher zu wissen, dass ich es beabsichtigt hatte.“

D. „*Was der Mann wahrnimmt.* Der Mann hat mir gesagt, manches oft, anderes zeitweis: was ich sehe; die Haltung meines Körpers; die Namen der Menschen, an die ich denke; was ich mir vorgenommen habe zu thun; was ich früher gethan habe, und was kein Mensch wissen konnte; was ich bete; er macht Bemerkungen über meine Lectüre; er nimmt wahr, was ich denke, und zugleich nimmt er ein Bild in meinem Auge wahr, das meiner Aufmerksamkeit entgangen ist.“

E. „*Versuch einer Erklärung.* Zwei Dinge sind sicher: 1.) Der Mann hat bei mir besonders wahrgenommen, was ich fühlte und dachte; also die Vorgänge in meinen Nerven.

2.) Ich vernehme deutlich Worte als Eindrücke des Mannes auf mich, während jemand, der dicht bei mir steht, sie nicht vernimmt. Daraus leite ich ab:

1.) Dass der Mann mit seinem geübten feinen Wahrnehmungsvermögen mich als Individuum herausgreift aus der Menge von Verbindungen, die er gleichzeitig erhält (wenn ich ein Bild ins Auge fasse z. B.).

2. Und dass es nicht die Luft ist, wodurch er sich mir offenbart, sondern der Aether. Die im Aether vorhandene Schwingung kann sich gradlinig fortpflanzen, während die Lautschwingungen der Luft sich in immer grösseren Sphären nach allen Hörern fortpflanzen.“

Die übrigen Auseinandersetzungen (welche im Ganzen 20 Druckseiten einnehmen) geben mehr Interpretationen der Sensationen des Patienten, als Schilderungen derselben, und fallen in die alltägliche Symptomatik der Paranoia. Auf die unter C. 2 geschilderten Muskelhallucinationen sei noch besonders hingewiesen. Kurella.

475) S. Samuel (Königsberg i. Pr.): Das Gewebswachsthum bei Störungen der Innervation.

(Arch. f. pathol. Anatomie von R. Virchow. Bd. CXIII. Heft 2.)

Durch eine Reihe von Experimenten hat S. festgestellt, dass die Ernährung der Epidermoidalgebilde ganz ebenso wie die anderen Gewebe von dem Einflusse der trophischen Nerven abhängt.

Zur Bestätigung der Richtigkeit dieses Befundes dienen ausserdem noch die Angaben Bauthiers, dass er bei zwei Hirschen das Geweih derjenigen Seite in einem atrophischen Zustande gefunden habe, auf welcher eine Schussverletzung Atrophie des Testikels bewirkt hatte.

„Es ist nicht abzusehen,“ sagt S., „wie der Einfluss einer solchen Drüse auf das Geweih derselben Seite allein anders als durch Nervenfluss ausgeübt werden kann. Pauli.

476) A. Hughes Bennett (London): On excessive sensory cortical discharges and their affects: a study of sensory auras. (Ueber starke sensorielle corticale Entladungen und ihre Effecte. Eine Studie der sensoriellen Aura.) (The Lancet. 6. April 1889.)

In der Mehrzahl der epileptischen oder epileptiformen Anfälle wird die Aura in der Form von abnorm vermehrten Empfindungen

des Gefühls, weniger des Gesichts und Gehörs, und noch weniger des Geruchs und Geschmacks eingeleitet.

Unmittelbar auf diesen Vorgang folgt Verlust oder Verminderung der Empfindung des vorher afficirt gewesenen Sinnesnerven, was vermuthen lässt, dass jeder im Cortex cerebri ein besonderes Centrum hat, welches demselben Gesetze wie das motorische unterworfen, d. h. wenn gereizt, Spannkkräfte in lebendige Kräfte umwandelt, und wenn erschöpft oder gestört, theilweise oder gänzlich zu functioniren aufhört.

Pauli.

477) **B. H. Stephan** (Zaandam): Sur un cas de mutisme hystérique. (Revue de médecine. 9. 1889.)

Ein erblich nicht belasteter, bis dahin stets gesunder Bauer wurde am 15. Dezbr. 1885 von einem heftigen Schreck getroffen. Er wurde darauf traurig, verlor den Appetit und die Lebenslust. Vier Tage nachher wurde Pat. ohne dass mittlerweile etwas besonderes vorgekommen wäre, plötzlich stumm. Auf dem Rückwege von einem Spaziergange fiel er an demselben Tage ins Wasser, lief dann nach Hause, wo er ohnmächtig zusammenbrach. Erst nach 2 Tagen erlangte Pat. das Bewusstsein wieder, das übrigens nicht absolut aufgehoben war. Seit dem Beginne seiner Stummheit hatte Pat. einen eigenthümlichen, hellen, lärmenden Husten, der bei jeder Erregung auftrat, aber nie von Auswurf begleitet war. Ausserdem hatte Pat. ein Gefühl von innerer Unruhe, von einer Umwälzung in seiner Brust. Auch wollte die Umgebung an dem Pat. eine Art von Hellsichtigkeit beobachtet haben, eine Beobachtung die St. mit Hinsicht auf die ausserordentliche Sinnesschärfe und die nervöse Hyperästhesie mancher neuropathischer Individuen glaubt nicht ganz von der Hand weisen zu dürfen. Sonst war der Pat. gesund. Auch nicht das geringste Symptom von Hysterie liess sich nachweisen, keine Sensibilitätsstörung spec. auch nicht der Sprachorgane, keine motorische Störung. Athmung regelmässig, die Stimmänder reagirten normal, Gaumenreflex vorhanden.

Interessant ist an dieser Beobachtung, dass die Stummheit erst einige Tage nach der Gemüthserregung eintrat, dass quasi ein Prodromalstadium vorhanden war. Ferner ist zu bemerken das Fehlen aller anderen hysterischen Symptome vor wie während der Krankheit; die Stummheit ist das einzige Symptom der Hysterie; allerdings ist die hysterische Stummheit, wie sie Charcot genauer beschrieben hat, etwas so Charakteristisches und Originelles, dass sie unmöglich mit etwas anderem verwechselt werden kann.

Uebrigens besteht die Stummheit des Pat. noch immer fort; die versuchte suggestive Therapie blieb gänzlich ohne Erfolg.

Strausscheld.

478) **F. Socca**: Un nouveau cas de maladie de Friedreich. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière Nro. 4. 1888.)

Verf. theilt einen im Ganzen typischen Fall von Friedreich'scher Erkrankung bei einem 18 jährigen Knaben mit, der seit dem 12. Le-

bensjahre krank war. Auffallend ist das Fehlen jeden hereditären Einflusses; allerdings ist dies bei den meisten französischen Beobachtungen so gewesen; den Grund dafür sucht S. in der relativ geringen Kinderzahl der betreffenden Familien, während man sonst meist sehr grosse Kinderzahl (8—17) angegeben findet.

Die *Muskelkraft* des Pat. war allgemein *herabgesetzt*; allerdings gehörte eine sehr genaue Untersuchung zur Constatirung dieses Symptomes. S. ist der Ansicht, dass man bei *exacter* Untersuchung in der grossen Mehrzahl der Fälle eine Herabsetzung der Muskelkraft werde constatiren können. Der *Gang* zeigte ausser den ataktischen Schleuderbewegungen noch andere Eigenthümlichkeiten. Oft macht der Kranke einige schwankende Schritte seitwärts, wie ein Trunkener oder ein Kleinhirnkranker, und geht dann wieder vorwärts. Der Gang zeigt ferner den Charakter der Schwäche; die Bewegungen werden nur ganz sanft ausgeführt, das Vorwärtsschleudern ist nur gering und geschieht langsam. S. nennt daher den Gang eine *démarche tabéto-cérébello-parétique*.

Das Gesicht zeigt ein nur bei genauer Beobachtung erscheinendes Symptom, das vom Verf. als *Nystagmus der Gesichtsmuskulatur* bezeichnet wird. Er versteht darunter einzelne plötzliche Contracturen der kleinen Gesichtsmuskeln oder von Theilen derselben, die aber auch sofort wieder nachlassen. Diese kleinen Erschütterungen zeigen sich um den den Mund, um die Augen, auf Wange und Nase sowie auch in der Zunge. Verf. unterscheidet diese kleinen Bewegungen wohl von fibrillären Zuckungen. Fügt man zu diesen Bewegungen den Nystagmus, die grussartigen Bewegungen des Kopfes, so sieht man, dass manchmal der ganze Kopf der Sitz einer Art Chorea ist, die Verf. als *Nystagmus des Kopfes und des Gesichtes* bezeichnet.

Pat. hat einen *Klumpfuss*, doch nicht wie Charcot es beschrieb, mit dorsalflectirten Zehen und gespannten Extensorensehnen, sondern mit etwas gebeugten Zehen.

Was die *Sensibilität* angeht, so hatte Pat. nie lancinirende Schmerzen, die ja auch meistentheils fehlen; dagegen hatte er das Gefühl von Sand oder Wolle unter dem Fusse, ein ausserordentlich selten beobachtetes Zeichen. Der Tastsinn war nur stellenweise an 8 bis 10 kleinen bis handtellergrossen Flecken auf dem rechten Beine und an 3 auf dem linken aufgehoben; an diesen Stellen waren die übrigen Gefühlsarten abgeschwächt. Die Flecken sind scharf begrenzt, ungleichmässig, bald ganz rund, bald länglich, bald unregelmässig. Da diese hypästhetischen Partien weder auf eine Intoxication, noch auf Hysterie zurückgeführt werden können, wofür nicht der geringste Grund vorliegt, so sind sie als ein Symptom der Friedreich'schen Krankheit aufzufassen, das durch seinen geringen Grad und die eigenthümliche Lokalisation mehr oder minder charakteristisch ist. Ueberhaupt protestirt Verf. gegen die Behauptung, dass Sensibilitätsstörungen nur seltene oder doch mindestens späte Symptome der Friedreich'schen Krankheit seien; er behauptet vielmehr, dass dieselben sehr frühzeitig seien und schon die ersten Krankheitserscheinungen begleiten können. Allerdings

darf man auch nicht vergessen, dass auch echt hysterische Sensibilitätsstörungen neben der hereditären Ataxie beobachtet werden.

Von *trophischen Störungen* sah Verf. bei seinem Kranken eine bläuliche Verfärbung der Füsse, deren Temperatur zugleich herabgesetzt war, ein Symptom, das schon wiederholentlich beobachtet wurde. Die *libido sexualis* war noch nicht vorhanden, was bei einem 18 jährigen jungen Manne ja immerhin nichts Abnormes ist. In der Regel ist dieselbe eher gesteigert als vermindert, wie dies die oft so sehr zahlreichen Familien dieser Kranken zeigen. Strauscheid.

479) **Paulidès** (Paris): Des arthropathies tabétiques du pied.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière Nro. 4. 5. 1888.)

Während die tabischen Gelenkentzündungen im allgemeinen schon seit 1868 bekannt sind, wurden die tabischen Entzündungen der Fussgelenke erst seit 1883, wo sie zum ersten Male von Charcot und Féré beschrieben wurden, des näheren gewürdigt. Im allgemeinen beginnt die tabische Fussgelenkentzündung erst längere Zeit nach den schiessenden Schmerzen, dann, wenn die Ataxie deutlich hervortritt. Doch kommt auch in Ausnahmefällen früheres und späteres Auftreten vor. Der Anfang ist in der Regel ein plötzlicher, aber ohne Fieber, Röthung und Schmerz. Der ganze Fuss ist geschwollen, am meisten natürlich in der Gegend des erkrankten Gelenkes. Regelmässig ist die Schwellung am stärksten im Niveau der articulatio tarso-metatarsae; ist die Schwellung des Fussrückens hier innen stärker, so kommt eine scheinbare Ablenkung des Metatarsus nach aussen zu Stande. Sehr oft ist der Innenrand des Fusses stark verdickt und gesenkt, so dass allmählich ein completer *Plattfuss* zu Stande kommt. Andererseits kommen aber auch, wenn auch seltener, Fälle vor, wo das Fussgewölbe noch erhöht wird, so dass ein dem *Chinesenfuss* ähnlicher entsteht. Die Malleolen sind meist verdickt und können ordentliche Tumoren darstellen. Die Gelenkbewegungen sind entweder vermindert oder ganz aufgehoben. Nach einiger Zeit vermindert sich durch Schwinden des Hydrops die Deformation; dann zeigt sich oft nachher, dass die wirkliche pathologisch-anatomische Veränderung viel weiter geht als die scheinbare Deformation. Die Sensibilität ist meist auf dem Fussrücken aufgehoben, während die Sohle noch wohl empfindlich ist. Die Gelenkerkrankung kann entweder das Fussgelenk, oder die Tarsometatarsalgelenke oder die Zehengelenke befallen oder aber mehr oder weniger alle Gelenke zugleich afficiren. An 7 Krankengeschichten werden die einzelnen Formen illustriert.

Pathologisch-anatomisch findet man zunächst einen acuten Hydrops der Gelenke; mehrmals wurde aber auch das Vorhandensein von Eiter constatirt. In einem weiteren Stadium findet eine rasche Zerstörung der Gelenkoberflächen sowohl des Knorpels wie der Knochen statt; die Gelenkkapsel ist meist verdickt; sie kann selbst knorpelharte Consistenz haben. Mit dem Substanzverluste Hand in Hand geht Neubildung von Knochengewebe, doch überwiegt immer der erstere. Allmählig findet eine vollkommene Zerstörung des Gelenkes statt. Was

die *Pathogenese* angeht, die ja noch immer strittig ist, so tritt Verf. für die Abhängigkeit des ganzen Processes von nervösen Störungen ein. Die *Diagnose* ist in der Regel leicht. Nicht zu verwechseln mit dem tabischen Fuss, wie er in Folge tabischer Gelenkerkrankungen entsteht, ist der tabische Klumpfuss (Joffroy), der das Resultat einer Muskelatrophie ist. Die *Prognose* ist, wenn man die Erhaltung eines ordentlichen Gelenkes im Auge hat, schlecht. Häufig sind Recidive. Doch sieht man öfters, dass Kranke später ihren entstellten Fuss doch ganz gut wieder benutzen können.

Von der *Therapie* ist nicht viel zu erwarten. Das wichtigste ist, dass man, wenn sich Tendenz zur Ankylosirung zeigt, den Fuss in eine gute Stellung bringt. Alle chirurgischen Operationen sind ganz zu verwerfen.

Strauscheid.

480) P. Rieher (Paris): Habitude extérieure et facies dans la paralysie agitante. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Nro. 6. 1888.)

Allbekannt ist die typische gebeugte Haltung des Körpers und der Extremitäten bei Paralysis agitans. Doch kommen auch Ausnahmen von dieser Haltung vor. So beobachtete Verf. in der Charcot'schen Klinik einen Kranken dessen Rumpf zwar die charakteristische Beugestellung einnahm, während dagegen die *Extremitäten ganz gestreckt* waren. Die Arme waren in Ellbogen- und Handgelenk gestreckt; die Hände zeigten die gewöhnliche Schreibfederhaltung; sie ruhten auf der Vorderfläche der Oberschenkel ungefähr in deren Mitte; sie zeigten keinerlei Zitterbewegung. Die Beine waren gleichfalls gestreckt. Beim Gehen blieben die Arme unverändert in ihrer Stellung; die Kniee beugten sich nur wenig, so dass der Kranke immer sehr grosse Schritte machen musste. Die Neigung zur Antepulsion und die Schwierigkeit, die Richtung zu wechseln, waren deutlich ausgesprochen. Das Gesicht war das für Paralysis agitans charakteristische. Der untere Theil des Gesichtes war ruhig, kalt, theilnahmlos, die Stirn bewegt, ausdrucksvoll, gefurcht, dazwischen die Augen starr und unbeweglich, weitgeöffnet.

Strauscheid.

481) A. Dutil (Paris): Sur un cas de paralysie agitante à forme hémiplegique avec attitude anormale de la tête et du tronc (extension). (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Nro. 4. 1889.)

Eine 50 jährige Frau erkrankte vor 2 Jahren an Paralysis agitans. Zuerst wurde der linke Arm betroffen; die Finger nahmen die Stellung wie beim Schreiben ein, sie fingen an zu zittern, der Arm wurde rigid. Bald stellte sich die Neigung zum Vorwärtslaufen ein, in Folge derer Pat. mehrmals hinstürzte. Im März 1888 wurde das linke Bein schwer, starr; Pat. musste hinken. Eine Massagekur brachte nur vorübergehend Linderung. Im Juni 1888 wurde auch Nacken und Rumpf steif. Bei der in der Charcot'schen Klinik im Juli 1889 vorgenommenen Untersuchung fand man, dass der *Kopf stark nach hinten gezogen* ist, kaum bewegt werden kann. Der *Rumpf ist gleichfalls nach hinten geneigt*, zeigt aber ausserdem eine Neigung nach

rechts so dass die linke Schulter weit höher steht. Das linke Bein ist gestreckt. Dahingegen nimmt der linke Arm die für Paralysis agitans gewöhnliche charakteristische Haltung ein; die linke Hand zittert. Die *rechten Extremitäten zeigen keinerlei Funktionsstörung*. Das Gesicht ist starr, die Stirn gefurcht, die Augen weit geöffnet.

Während des Gehens wird die ganze Haltung beibehalten, auch das linke Bein bleibt starr in Extension; die Patientin beschreibt mit demselben beim Gehen einen Halbkreis. Wenn auch wie in dem vorliegenden Falle die Paralysis agitans in der hemiplegischen Form auftritt, so ist doch die Diagnose zweifellos. Die langsame Entwicklung der Krankheit, die Muskelstarre ohne Lähmung, die charakteristische Haltung des linken Armes, die Haltung und das Zittern der linken Hand, die typische Gesichtsbildung, die Propulsion sind alles Zeichen, welche keine Zweifel zulassen. Der beschriebene Fall von Paralysis agitans mit Rückwärtsbeugung von Kopf und Rumpf steht neben einem von Westphal 1877 beschriebenen ganz vereinzelt da.

Strausscheld.

482) A. Mossé et Banal (Montpellier): Recherches sur l'excrétion urinaire dans la paralysie agitante.

(Revue de médecine Nro. 7. 1889.)

Die Zusammensetzung des Harns bei Paralysis agitans ist schon des öfteren Gegenstand mehr oder minder eingehender Untersuchungen gewesen. Während nun alle Forscher darüber einig waren, dass in dieser Krankheit der Harnstoff und die schwefelsauren Salze etwas verringert sind, herrscht grosse Meinungsverschiedenheit in Betreff der Excretion der Phosphorsäure; nach den einen soll dieselbe stark vermehrt, nach den anderen ungefähr normal oder gar merklich vermindert sein. Die Verf. benutzten nun die Anwesenheit von zwei an Paralysis agitans leidenden Individuen, einem Manne von 66 Jahren und einer Frau von 67 Jahren, um nochmals genaue Untersuchungen über die Harnbeschaffenheit anzustellen. Zu dem Zwecke verglichen sie den Harn der beiden Pat. mit dem gleichaltriger gesunder Personen, wie auch mit dem kräftiger Personen mittleren Alters. Das Ergebniss war folgendes: *Bei den an Paralysis agitans Leidenden war die Ausscheidung des Harnstoffs und der gesammten Phosphorsäure innerhalb 24 Stunden geringer als die physiologische Excretion des Erwachsenen, jedoch stärker als die mittlere Ausscheidung eines gesunden Greises. Dahingegen wurde der unvollständig oxydirte Phosphor in grösserer Menge als beim Erwachsenen ausgeschieden und in geringerer als bei den anderen Greisen.*

Die Erklärung hierfür liegt in folgendem: Die dieser Krankheit eigenthümlichen Muskelstörungen (rythmische Zuckungen der Glieder, Starrheit verschiedener Muskelgruppen) vermehren höchst wahrscheinlich die organischen Verbrennungen oder besser gesagt, sie scheinen die mit vollständiger Oxydation endigenden Umänderungen des Stoffes, welcher bei gesunden Greisen im Zustand unvollständiger Oxydation ausgeschieden wird, zu erleichtern.

Strausscheld.

483) Terrillon (Paris): De l'intervention chirurgicale dans certains cas de rétraction musculaires succédant à la contracture spasmodique. (Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 3. 4. 1888.)

Die hysterische Contractur und die spastischen Contracturen, wie sie bei organischen Nervenerkrankungen vorkommen, lassen manchmal nach ihrem Verschwinden dauernde Störungen in gewissen Muskelgruppen und in den periarticulären Geweben zurück. Diese Störungen bedingen unveränderliche fehlerhafte Haltungen gewisser Theile unserer Glieder.

Die Veränderungen der Muskeln, welche der Contractur folgen, betreffen ihren fibrösen Theil und hauptsächlich ihre Sehnen, welche in der fehlerhaften Stellung, die während der Contractur bestand, verkürzt bleiben; dagegen bleiben die geschwächten Muskelfasern intakt und können alle ihre physiologischen Eigenthümlichkeiten wiedererlangen.

Die periartikulären Veränderungen bestehen in einer Verdickung der Gelenkkapsel und der übrigen fibrösen Gewebe, welche dadurch die Gelenkbewegungen stören und hemmen.

Um diese fehlerhaften Stellungen wegzubringen, muss man die verkürzten Sehnen in einer oder mehreren Sitzungen durchschneiden; zugleich muss man die peripherischen Verwachsungen zerreißen, wobei man nöthigenfalls die Narkose zur Hülfe nimmt.

Es ist immer nützlich alle diese Störungen durch eine Nachbehandlung zur völligen Heilung zu bringen; diese Nachbehandlung besteht in elektrischer Erregung der Muskeln, in Massage der verdickten periartikulären Theile und in methodischen passiven und aktiven Bewegungen der Gelenke.

Bevor man die beschriebene Behandlung und vor allem die Sehnen-durchschneidung beginnt, muss man sich vorher davon überzeugen, dass die Muskelcontractur verschwunden ist und dass es sich um eine Verkürzung handelt, die die fehlerhafte Stellung bedingt. Dies kann man untersuchen durch ein methodisches Studium der Muskelbewegungen oder zweckmässiger in der Narkose. In diesen Fällen verschwindet die Contractur, um nach dem Schlafe wiederzuerscheinen; dahingegen bleibt die Verkürzung bestehen und ändert sich nicht.

Erläutert wird das Verfahren an Beispielen von Verkürzung nach Pachymeningitis cervicalis, Hysterie und Alkoholismus.

Strausscheld.

484) Duret (Lille): Déformation de la région lombaire de nature neuromusculaire (cypho-scoliose hystérique).

(Nouvelle iconogr. de la Salp. Oktober 1888.)

Joseph C., 13 Jahre alt, stammt von einer hysterischen Mutter; er hatte im Jahre 1885 eine doppelseitige Ischias, welche bald heilte. Im Jahre 1886 hatte er nach einem Schwindelanfall eine Lähmung der Blase und des Mastdarms verbunden mit Perinealanaesthesie, zugleich wieder Schmerzen in beiden Beinen. Man dachte an eine beginnende Myelitis und behandelte ihn mit dem ferrum candens, aber ganz ohne Erfolg. Da man nun an Hysterie dachte, so liess man

den Kranken einen Gürtel von Kupfermünzen tragen, worauf sich alles in ein paar Tagen vollkommen besserte. Er konnte bald geheilt entlassen werden. Im Jahre 1888 kehrte er wieder mit Schmerzen in den Beinen und in den Hüften; daneben bestand eine starke lumbale Kyphoskoliose. Sie umfasste mehrere Wirbel, war stark hervortretend. Die Concavität der Wirbelsäule war, nach links gerichtet, die linke Schulter stand tiefer. Die Muskeln sprangen zu beiden Seiten der Kyphose stark vor, so dass die Dornfortsätze der Wirbelsäule wie in einer Vertiefung lagen. Vorn zeigte das Abdomen eine sehr tiefe Depression, die quer über den Nabel verlief; dieselbe kommt zu Stande durch eine starke Annäherung des Thorax an das Becken. Pat. kann nur schwer stehen und gehen; man muss ihn unter den Armen unterstützen. Verf. dachte bei der bekannten Vorgeschichte des Pat., bei der eigenthümlichen Haltung, der vollkommenen Unempfindlichkeit der Kyphose direkt an eine hysterische Affection, und liess sich durch die im Verlauf der Nerven irradiirenden Schmerzen nicht zu der Annahme eines *malum Pottii* verleiten. Er chloroformirte desshalb den Pat.; derselbe bekam zunächst Convulsionen; als vollkommene Anaesthesie eingetreten war, schwand der gibbus nicht; erst als man den Chloroformirten auf den Bauch legte und Beine wie Becken in die Höhe heben liess konnte man die Kyphoskoliose ganz zum Verschwinden bringen. Pat. blieb von da an sofort ganz geheilt.

Es handelt sich in unserem Falle offenbar um eine hysterische Contractur des linken *quadratus lumborum*, der die Drehung der Lumbal-Wirbelsäule mit Concavität nach links bewirkte. Zugleich bestand eine beiderseitige Contractur des *musc. ileo. psoas*, welche die Annäherung des Thorax an das Becken und die Kyphose hervorbrachte.

Aehnliche lumbale Kyphoskoliosen kommen bei der Ischias und bei der Coxitis vor, doch ist das Verhalten immerhin ein etwas anderes wie in unserem Falle.

Zwei gute Abbildungen illustriren in trefflichster Weise diesen interessanten Beitrag zur Pathologie der Wirbelsäuleverkrümmungen.

Strauscheid.

485) Kovács (Wien): Ein Fall von Arseniklähmung.

(Wiener klinische Wochenschrift Nro. 33. 1889.)

E. D., 40 Jahre alt, Steinmetzgehilfe, nahm am 5. Mai 1888 in selbstmörderischer Absicht ungefähr 10 gr. weissen Arsens, wurde hierbei jedoch beobachtet und sofort nach dem Sechshauser Krankenhause gebracht, wo er nach etwa $1\frac{1}{2}$ Stunden ziemlich collabirt anlangte. Er erbrach daselbst wiederholt grünliche Massen und hatte zahlreiche diarrhöische Stühle. Im Erbrochenen sowohl, als in der durch die sofort vorgenommene Magenausspülung gewonnenen Flüssigkeit wurden Arseniktheilchen wahrgenommen. Der weitere Verlauf war der einer mässigen schweren Gastroenteritis. Nach Angabe des Patienten traten ferner eine Woche nach dem Vergiftungsversuche mässige Oedeme der unteren Extremitäten und zeitweiliges Kältegefühl in den Beinen auf. Er

verliess nach 14tägigem Aufenthalte die Anstalt. Kurz hierauf stellten sich schon blitzartige Schmerzen in den unteren Extremitäten, sowie das Gefühl von Pelzigsein an den Fusssohlen ein. Zugleich wurde der Gang unsicher. In den letzten Tagen vor der Aufnahme in die Klinik trat auch Kriebeln in den Händen, besonders den Fingerspitzen auf.

Pat. wird am 12. Juni von Hofrath Prof. v. Bamberger in der Klinik vorgestellt. Die Untersuchung des kräftigen, gut genährten Kranken lässt weder an den Lungen, noch am Herzen oder den Organen des Unterleibes etwas Abnormes nachweisen. Der Harn enthält kein Eiweiss und reducirt nur undeutlich. An den oberen Extremitäten die Temperatur etwas herabgesetzt, am Gefässapparate nichts Auffälliges. Brennende Schmerzen und das Gefühl von Taubsein und Kriebeln. Tastsinn links etwas herabgesetzt, rechts normal. Temperatursinn für gröbere Unterschiede erhalten. Bewegungen in allen Gelenken in normalem Ausmasse möglich. Die grobe Kraft beiderseits herabgesetzt. Beim Schreiben keine besonderen Störungen. Bei geschlossenen Augen können die Kuppen der Zeigefinger nur schwer aneinander gebracht werden. An den unteren Extremitäten äusserlich nichts Auffälliges bemerkbar. Muskelkraft beiderseits herabgesetzt. Beide Füsse und Unterschenkel sind anästhetisch und analgetisch. Fusssohlenreflex fehlt, ebenso beiderseits der Patellarreflex, Cremasterreflex schwach, Bauchdeckenreflex normal. Die in der Vorlesung vorgenommene Untersuchung einzelner Nervenstämme an den oberen und unteren Extremitäten mit dem faradischen Strome ergibt normales Verhalten derselben. Als therapeutische Massnahmen werden lauwarme Bäder und Anwendung des galvanischen und faradischen Stromes angeordnet.

16. Juni. Heftiger reissender Schmerz in den oberen und unteren Extremitäten. Parese der unteren Extremitäten stärker.

24. Jnni. Pat. kann nur mehr mit fremder Beihilfe gehen. Das rechte Bein wird etwas nachgeschleift, am linken leichtes Schleudern bemerkbar. Romberg'sches Phänomen. Faradische Erregbarkeit deutlich herabgesetzt. Die Prüfung der galvanischen Erregbarkeit ergibt Herabsetzung derselben, keine Entartungsreaction. Zuckungen sämtlich blitzartig.

1. Juli. Tastempfindung an beiden Händen beträchtlich vermindert, an der radialen Hälfte stärker als an der ulnaren, links stärker als rechts. Am Handgelenke allmählicher Uebergang zur Norm. Temperatursinn an den Händen beträchtlich gestört, desgleichen der Ortsinn. Schmerzempfindung an beiden Händen herabgesetzt, doch verursacht das Betasten rauher oder scharfkantiger Gegenstände oder das Anstossen an letztere lebhaften Schmerz. Passive Bewegungen selbst in grösstem Ausmasse werden an Daumen, Zeige- und Mittelfinger beider Hände gar nicht wahrgenommen. Auch an den übrigen Fingern und im Handgelenke, jedoch minder bedeutende, Störungen des „Muskelsinnes.“ Brennender Schmerz in den Vorderarmen und Händen, besonders links, zeitweilig Ameisenlaufen. An beiden Unterschenkeln die Tastempfindung in nach unten zunehmendem Grade herabgesetzt, am linken

Füsse und den Zehen des rechten aufgehoben. In fast gleichem Masse Temperatursinn und Schmerzempfindung alterirt. Ortssinn, soweit die Prüfung möglich ist, normal. Stellungsveränderungen und passive Bewegungen in den Sprunggelenken und den Zehen können nicht entsprechend angegeben werden. Nachts reissender Schmerz in den Beinen, besonders den Füßen. Am Kopfe die Sensibilität intact, ebenso am Rumpfe. In beiden Leistenbeugen Ameisenlaufen. In der Urethra hat Pat. das Gefühl des Rieselns, so dass er den Harn zu verlieren meint. Ausserdem besteht seit einigen Tagen das Gefühl von Enge und Druck auf der Brust, so dass Pat. oft nicht genug Luft bekommen kann. Panniculus etwas verringert. Muskulatur gleichmässig, doch in geringem Grade abgemagert, auffallend schlaff. Interossealräume an beiden Händen ein wenig eingesunken. An den Fingern beider Hände seit einigen Tagen unwillkürliche, athetosisartige Bewegungen, die in leichten Beuge- und Streckbewegungen, Ab- und Adduction der Finger bestehen. An den Muskeln beider Vorderarme spärliche fibrilläre Zuckungen. Grobe Kraft der oberen Extremitäten, besonders der Hände, verringert. Strecker nicht stärker betroffen. Dynamometer rechts 4,5 kg. links 6,0 kg. An den unteren Extremitäten die Schlaffheit der Muskulatur noch stärker, geringe, gleichmässige Abnahme des Umfanges derselben. Lebhaftes fibrilläre Zuckungen. Grobe Kraft bedeutend herabgesetzt. Beim Gehen, das nur mit kräftiger Unterstützung möglich ist, werden die Beine schlenkernd erhoben und stampfend niedergesetzt. Auch an den oberen Extremitäten deutliche Ataxie. Pärese der Bauchmuskulatur. An den Hirnnerven keine Störung. Plantarreflex fehlt beiderseits, Cremasterreflex undeutlich, Bauchdeckenreflex normal. Sehnenreflexe fehlen an den oberen und unteren Extremitäten vollständig. Von Blase und Mastdarm keine Störung. Pat. erhält täglich 0,001 gr. Strychnin. nitr. in wässriger Lösung subcutan.

6. Juli. Zunahme der motorischen Lähmung. Sensibilitätsstörung unverändert. Strychnin. nitr. 0,002 gr. pro die.

12. Juli. Muskulatur ungemein schlaff, gleichmässige Abmagerung, keine ausgesprochene Atrophie, an Ober- und Unterschenkeln druckempfindlich. Grobe Kraft etwas gebessert.

17. Juli. Faradische Erregbarkeit nicht mehr deutlich herabgesetzt, ebenso die galvanische Erregbarkeit. Blitzartige Zuckung. Sensibilität durchaus etwas gebessert. „Muskelsinn“ noch immer sehr deutlich herabgesetzt. Reissender Schmerz in den Beinen, besonders den Zehen, Ameisenlaufen nur mehr selten. Motilität der Extremitäten namhaft gebessert. Dynamometer rechts 5 kg, links 8 kg. Muskulatur noch immer sehr schlaff; minder druckschmerzhaft als früher, an den unteren Extremitäten fibrilläre Zuckungen. Auf beiden Seiten gestützt vermag Pat. kurze Strecken zu gehen. Stehen mit geschlossenen Augen unmöglich. Ataktische Erscheinungen an unteren und oberen Extremitäten etwas vermindert. Hautreflexe vorhanden, Sehnenreflexe fehlen. Beim Gehen tritt an den Füßen eine sehr intensive Röthung und profuse Schweisssecretion auf. Auch in der Ruhe grosse Neigung zu Schweissen an den Extremitäten.

25. Juli. Pat. geht bedeutend besser. Romberg'sches Phänomen nicht mehr so ausgesprochen. Passive Bewegungen in den Sprunggelenken werden besser bezeichnet, solche mit den Zehen noch nicht richtig angegeben. Die motorische Kraft macht weitere Fortschritte. Dynamometer rechts 15 kg., links 14 kg. Schmerz geringer, auf die Zehen beschränkt.

6. August. Sensibilität bis auf die Störung des „Muskelsinnes“ nur mehr wenig vermindert. Gehen mit Hilfe eines Stockes auf kurze Strecken möglich. Fibrilläre Zuckungen nur mehr spärlich. Dynamometer rechts 27 kg., links 26 kg. Hautreflexe normal, Sehnenreflexe fehlen.

18. August. Pat. vermag schon Treppen zu steigen. An den Füßen noch immer vermehrte Schweisssecretion.

8. September. Pat. geht anhaltend im Garten umher und fühlt sich völlig wohl. Körpergewicht hat zugenommen.

18. September. Störungen der Lagevorstellung nur mehr an den Zehen nachweisbar, sonst keine Sensibilitätsstörung. Schmerz in den Füßen nur mehr bei längerer Anstrengung durch Gehen. Gang mit geschlossenen Augen noch etwas unsicher. Das Schwitzen an den Füßen nur mehr gering. Dynamometer auf beiden Seiten 39 kg. Patellarreflexe fehlen. Pat. verlässt die Klinik.

Pulsfrequenz während der ersten Zeit der Beobachtung normal, vom 5. Juni bis gegen Ende dieses Monats ohne nachweisbare Ursache gesteigert, meist zwischen 90 und 100 in der Minute. Respirationsfrequenz durchaus normal, desgleichen die Körpertemperatur.

Am 13. December lässt sich der Patient neuerdings in die Klinik aufnehmen, da in letzter Zeit wieder Schmerz und Parästhesien in den unteren Extremitäten auftreten. Diese Erscheinungen sind von der Witterung abhängig und steigern sich bei kaltem, regnerischem Wetter besonders. Die Untersuchung ergibt eine deutliche Verschlechterung der Sensibilität an Händen und Füßen, besonders eine deutliche Alteration des „Muskelsinnes“, sowie eine Verschlechterung des Ganges. Sehnenreflexe fehlen. Starke Schweisssecretion an Händen und Füßen. Es wird dieselbe Therapie eingeleitet wie früher. Die Erscheinungen der Sensibilitätsstörung halten an, der Schmerz wird geringer. Nach etwa zweimonatlichem Aufenthalte verlässt Pat. die Klinik. Der Gang ist wieder bedeutend besser, ebenso die Sensibilität. Sehnenreflexe fehlen noch immer.

Nach der Imbert-Gourbeyre'schen Eintheilung der Lähmungen nach Arsenikvergiftungen gehört unser Fall in die Gruppe der persistirenden, indem die ersten nervösen Störungen, Kältegefühl und Oedeme an den unteren Extremitäten nach Ende der ersten Woche auftraten, zu einer Zeit als Pat. noch die Erscheinungen des Gastroenteritis bot. Etwa 14 Tsge nach dem Vergiftungsversuche stellten sich Schmerz in den unteren, sowie Parästhesien in den oberen und unteren Extremitäten ein. Der Schmerz wurde als blitzartig und reissend bezeichnet und betraf in weiterem Verlaufe Arme und Beine, erstere jedoch in bedeutend geringerem Grade. Mit zunehmender Besserung schwand derselbe

zuerst in den oberen, rückte in den unteren Extremitäten immer mehr gegen die Peripherie und verweilte am längsten in den Zehen.

Der Schmerz war von bedeutender Intensität und raubte dem Pat. oft des Nachts den Schlaf. In der Art und dem Auftreten der Schmerzen schliesst sich demnach unser Fall vollständig dem typischen Verhalten bei Arseniklähmung an, bei welcher Affection spontane Schmerzhaftigkeit nur ganz ausnahmsweise fehlt.

Auch die Sensibilitätsstörungen, die beobachtet wurden, kehren bei den meisten Fällen von Arseniklähmung wieder. Sie betrafen alle Sensibilitätsqualitäten in nahezu gleichem Maasse. Neben hochgradiger Herabsetzung der tactilen Sensibilität bestand sehr ausgesprochene Hyperalgesie der Finger- und Zehenkuppen, die sich bei zufälligem oder absichtlichem Berühren rauher oder scharfrandiger Gegenstände, z. B. der Kanten von Zeitungsblättern, geltend machte. Hervorzuheben ist die starke Alteration des „Muskelsinnes“, die bei Arseniklähmung überhaupt, sowohl nach chronischer als nach acuter Vergiftung häufig zur Beobachtung kommt. Parästhesien stellten sich gleich zu Beginn der Lähmungserscheinungen ein und schwanden mit der Besserung derselben. Besonders zu erwähnen wäre das Gefühl von Rieseln in der Urethra, das dem Pat. oft eine unfreiwillige Harnentleerung vortäuschte.

Die ersten Anzeichen motorischer Schwäche traten bei unserem Pat. etwa 14 Tage nach der Vergiftung auf und nahmen durch etwa acht Wochen fortdauernd zu. Dieselben betrafen vorwiegend die unteren Extremitäten, waren jedoch auch an den oberen sehr deutlich ausgesprochen. Nach dieser Zeit trat allmähliche Besserung ein. Eine deutlich stärkere Betheiligung der Strecken konnte nicht wahrgenommen werden. Die Muskulatur zeichnete sich sowohl an den Armen als auch an den Beinen durch ganz besondere Schlaffheit aus, ohne dass wirkliche degenerative Atrophie an derselben beobachtet werden konnte. Eine Ausnahme hievon bildete nur die Binnenmuskulatur beider Hände, indem deutliches Eingesunkensein der Interossealräume bemerkt wurde. Nebst der erwähnten Schlaffheit liess sich an der Muskulatur lebhaftes Druckempfindlichkeit nachweisen, ein Befund, der bekanntlich bei den verschiedensten Formen der multiplen Neuritis sehr häufig angetroffen wird. Ferner wurden auffallend reichliche fibrilläre Zuckungen beobachtet, die mit der Besserung der rohen Kraft und des Tonus der Muskulatur schwanden.

Solange die Lähmungserscheinungen bei unserm Pat. noch nicht zu weit vorgeschritten waren, liessen sich bei demselben deutliche ataktische Symptome an oberen und unteren Extremitäten wahrnehmen. Wir haben nach Dana, ähnlich wie bei der Alkoholneuritis, zwei Formen der Arsenneuritis zu unterscheiden, eine vorwiegend motorische und eine sensible, pseudotabische. Die letztere zeigt ausgesprochen ataktische Erscheinungen und wird hauptsächlich bei chronischer Intoxication angetroffen. Aber auch nach acuter Vergiftung sind ataktische Symptome häufig beobachtet worden und können selbst höhere Grade erreichen.

Falkenheim zieht in seiner oben citirten Arbeit die Echtheit der Ataxie bei Arseniklähmung, besonders bei der motorischen, nach acuter Vergiftung entstandenen Form in Zweifel und sucht die bezüglichen Erscheinungen durch ungleichmässige Lähmung synergischer Muskel zu erklären. In derselben Weise fasst Minkowski die Coordinationsstörungen bei der vorwiegend motorischen Form der Alkohollähmung auf, während er für die sensible die Ataxie zwar anerkennt, jedoch zur Erklärung derselben „centrale Störungen“ annimmt. Die Ansicht, dass ataxieähnliche Erscheinungen bei Alkohollähmung durch ungleichmässige Parese der Muskeln erzeugt werden könnten, während „spinal richtig coordinirt“ wird, spricht auch schon Fischer aus, der allerdings die in Rede stehende Affection als spinale auffasst.

Diese Erklärungsversuche der Ataxie bei Neuritis erinnern an eine schon viel früher von Pirret aufgestellte Theorie über das Zustandekommen der Coordinationsstörungen bei Tabes, nach welcher die bei dieser Krankheit zu beobachtenden Paresen der Extremitätsmuskeln die Ursache der ataktischen Erscheinungen sein sollten, eine Theorie, die sich nie Anerkennung verschaffen konnte.

Den Auffassungen, welche eine motorische Quelle der ataktischen Erscheinungen bei multipler Neuritis annehmen, stehen diejenigen gegenüber, welche zum Ausgangspunkt für die Erklärung der Ataxie die Sensibilitätsstörungen nehmen (Dérivé, Kast u. A.). Von grosser Wichtigkeit für die letztere Anschauung ist die Arbeit Goldscheider's, dem es gelungen ist, durch Anästhesirung des ersten Interphalangealgelenkes Ataxie der in diesem Gelenke ausgeführten Bewegungen zu erzeugen, für deren Entstehen er namentlich die Abstumpfung der Bewegungsempfindung verantwortlich macht. Goldscheider erwähnt in dieser Arbeit auch eines Falles von peripherer Neuritis, bei welchem er eine deutliche Abstumpfung des Bewegungsgefühles an den Fingern nachweisen konnte, und sieht in den Coordinationsstörungen bei Polyneuritis eine wesentliche Stütze für die sensorische Theorie der Ataxie. Derselbe Autor hält den klinischen Einwänden gegen diese Theorie (Ataxie ohne nachweisbare Sensibilitätsstörung, Anästhesie ohne Ataxie, Missverhältniss zwischen Grad der Sensibilitätsstörung und Grad der Ataxie) namentlich die geringe Beachtung, welche die Prüfung der Bewegungsempfindung bisher gefunden hat, entgegen. Es ist hier wohl auch der Ort, an die Unvollkommenheit der klinischen Untersuchungsmethoden der Sensibilität und so insbesondere des Bewegungsgefühles zu erinnern, ein Umstand, den Kahler als erklärender Moment für das scheinbare Intactbleiben der sensiblen Bahnen bei bestehender Ataxie besonders betont. Wennes demnach für die vorwiegend sensiblen Formen der multiplen Neuritis zum mindesten höchst wahrscheinlich ist, dass die bei denselben vorkommende Ataxie auf einer peripheren Alteration vorwiegend der tiefen Sensibilität beruht, so dürfte diese Erklärung auch für die motorischen Formen, bei welchen fast ausnahmslos auch mehr minder deutlich ausgesprochene Sensibilitätsstörungen vorkommen, Geltung finden, zumal ja beide Formen durch zahlreiche Uebergänge verbunden sind. Das Postulat Minkowski's, dass unter Ataxie nur

solche Coordinationsstörungen zu verstehen seien, „welche bei erhaltener voller Kraft der beteiligten Musculatur“ zu Stande kommen, geht gewiss zu weit, wenn man auch selbstverständlich zugeben muss, dass mit zunehmender Parese die Deutlichkeit der Ataxie abnimmt. So gingen auch bei unserem Pat. mit zunehmender Lähmung die ataktischen Erscheinungen verloren, um mit wiederkehrender Besserung der Motilität, aber in bedeutend geringerem Grade wieder aufzutreten.

Eine der interessantesten Erscheinungen in unserem Falle sind die athetosisartigen Bewegungen der Finger beider oberen Extremitäten. Dieselben bestanden in leichten Beuge- und Streckbewegungen sowie weniger häufigen Ab- und Adductionsbewegungen sämtlicher Finger. Sie stellten sich nur bei Ruhelage der Extremitäten und in sehr wechselnder Intensität ein und hörten bei beabsichtigten Bewegungen sofort auf, während es dem Kranken andererseits unmöglich war, sie willkürlich zu unterdrücken. Tremor und Intentionszittern bestanden nicht. Die Erscheinung dauerte etwa acht Tage.

Motorische Reizerscheinungen bei Arseniklähmung finden sich ausdrücklich hervorgehoben von Seeligmüller und in einem von Pick im neurologischen Centralblatt 1883 referirten Falle und zwar in Gestalt von Flexionskrämpfen der grossen Zehen im ersten, von krampfhaftem Zusammenziehen der Arme und Beine im letzteren Falle.

Auch bei anderweitigen polyneuritischen Processen gehören motorische Reizerscheinungen zu den seltenen Befunden. Die oben beschriebenen unwillkürlichen Bewegungen entsprechen völlig der von Loewenfeld bei einem Falle von multipler Neuritis beschriebenen und von ihm als Athetosis aufgefassten Erscheinung. Ferner wurde Aehnliches von Fischer als athetosisartige spielende Bewegung der Finger, die beim Berühren der Haut auftrat, bei einem Falle von Alkoholneuritis geschildert. Endlich erwähnt E. Remak bei einem Falle von generalisirter Neuritis „springender Bewegungen der Sehnen der Fingerextensoren, ruckartiger Bewegungen der Interossei, durch welche die Finger bald gespreizt, bald adducirt werden“, und stellt zugleich die Richtigkeit der Deutung dieses Phänomens als Athetose entschieden in Abrede. Vielleicht gehört auch noch ein Fall von Kakke hierher, in dessen Krankengeschichte Scheube unwillkürliche Bewegungen besonders des linken Beines, Zuckungen am Oberschenkel und Bewegungen mit den Zehen beschreibt.

Die elektrische Erregbarkeit bei Arseniklähmung bietet nach den vorliegenden Krankengeschichten, in welchen dieselbe ausdrücklich erwähnt erscheint, ein etwas differentes Verhalten.

Nach Imbert-Gourbeyre ist das Verhalten der Arseniklähmung gegen Elektrizität noch nicht genügend festgestellt. Seeligmüller erwähnt nur des Vorkommens der Herabsetzung der Erregbarkeit, Jäschke führt Entartungsreaction, aber nur als vorübergehend und bei schweren Fällen vorkommend an. Nach Strümpell ist das Vorkommen von EA noch nicht sichergestellt. In den meisten Krankengeschichten, in welchen sich hierüber Angaben finden, ist nur von Herabsatzung der elektrischen Erregbarkeit die Rede und auch

unsere Beobachtung schliesst sich denselben an. Aber auch das Vorkommen von EA, partieller und totaler, erscheint gesichert durch Dana, durch den erwähnten von Pick im neurologischen Centralblatt referirten Fall ferner durch die Befunde von Falkenheim, Goldflam und Krehl.

Die Sehnenreflexe fehlten bei unserem Patienten, während der ganzen Zeit der Beobachtung, auch noch als Patient nach fast völligem Schwinden der Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen die Klinik verliess, zehn Monate nach dem Vergiftungsversuche. Er zeigt demnach diesbezüglich das bei Arseniklähmung gewöhnlich beobachtete Verhalten. Das Vorhandensein der Sehnenreflexe bei dieser toxischen Neuritis scheint äusserst selten zu sein. Jedenfalls seltener als bei anderen peripheren Neuriditen, die Alkoholneuritis inbegriffen, bei welchen theils Erhaltenbleiben, theils sogar Steigerung der Sehnenreflexe beobachtet worden ist.

Vasomotorische Symptome bot unser Kranker in Form einer bereits mehrfach beschriebenen meist flüchtigen Röthung der Unterschenkel und Füsse, die sich besonders beim Gehen einstellte und stets von profuser Schweisssecretion innerhalb der gerötheten Partien begleitet war. Hyperidrosis der Füsse bestand überhaupt während der ganzen Zeit der Beobachtung und fiel dem Pat., als er als Reconvalescent andauernd herum zu gehen begann, oft lästig. Ausser den schon beschriebenen Erscheinungen bestanden zu Anfang vorübergehend Oedeme der Füsse und Unterschenkel, wie sie bei verschiedenen Formen der multiplen Neuritis und auch der Arseniklähmung so häufig beobachtet werden.

Die Pulsfrequenz verhielt sich ziemlich schwankend. Unter ganz normalen Zahlen finden sich, ohne dass für die Steigerung ein anderweitiger Grund gefunden werden konnte, beträchtliche Erhebungen, so dass die Pulsfrequenz 100 und darüber (bis 120) erreichte. Tachycardie ist eine bei verschiedenen Arten der Neuritis oft auftretende Erscheinung. Nach Scheube spielt sie bei den perniciosen Formen der Kak-ke in dem terminalen Symptomencomplexe des Shijo-shin eine Hauptrolle. Als anatomisches Substrat wurde von Scheube und Harada bei dieser Krankheit Degeneration speciell der Rami cardiaci n. vagi gefunden. Bei Alkoholneuritis wird erhöhte Pulsfrequenz angeführt, u. A. von Déjérine, Oppenheim, Strümpell, bei einer durch Erkältung entstandenen Neuritis von O. Vierordt, bei Arseniklähmung von Eckstein, Huber und Falkenheim. Thomsen fand in einem Falle von Neuritis mit Tachycardie den Vagus kern degenerirt, während der Stamm unverändert war.

Der Verlauf der Spätfolgen seines Vergiftungsversuches zeigte bei unserem Kranken im Ganzen den gutartigen Charakter, wie er dieser Affection nach der Mehrzahl der Krankengeschichten zukommt. Von Interesse ist die Verschlimmerung des Zustandes, welche Pat. mit dem Eintreten der kälteren Jahreszeit erfuhr, ohne dass irgend eine neue Schädlichkeit auf ihn eingewirkt hätte. Rückfälle bei multiplen infectiösen Neuritiden sind beobachtet von Scheube bei der Kak-ke, bei der sie ein häufiges Vorkommniss bilden, und von Goldflam. Bei toxischen Neuritiden machen von Recidiven Erwähnung Holm

für die Arsenikneuritis und Minkowski für die Alkoholneuritis, in beiden Fällen handelt es sich aber um neuerliche Einwirkung der Noxe und dadurch herbeigeführte neuerliche Erkrankung. Jäschke berichtet von einem Recidiv bei Arseniklähmung nach 5—6 Wochen ohne nachweisbare Veranlassung. Einen besonders verschlimmernden Einfluss scheint Kälte auf den Process zu haben. So ist in einem Falle von Arseniklähmung von Malmsten Rückfall nach einer Erkältung aufgetreten, Jäschke und Goldflam erwähnen schmerzhafter und spannender Sensationen nach Einwirkung niedrigerer Temperaturen während der Reconvalescenz.

Bei dem Mangel eines Sectionsbefundes von Lähmung nach Arsenikvergiftung und der sich daraus ergebenden Nothwendigkeit die anatomische Localisation des Processes, auf klinische Daten gestützt, vornehmen zu müssen, erscheint es schliesslich nicht überflüssig, darauf hinzuweisen, dass auch unser Fall kaum eine andere Auffassung zulässt als die einer toxischen multiplen Neuritis. Die frühzeitig auftretende, vor allem auf die Extremitätenden beschränkte Motilitäts- und Sensibilitätsstörung, die gleich zu Beginn sich einstellenden Oedeme, die heftigen Schmerzen, das Freibleiben von Blase und Mastdarm sind wohl kaum anders zu erklären.

486) Proper names in neurological literature (Eigennamen in der Neurologie.) (The alienist and neurologist. April 1880.)

Die in St. Louis erscheinende Vierteljahresschrift bringt unter obigem Titel eine Tabelle neurologischer Krankheitsnamen, die auf Eigennamen basiren. Wir glauben mit einer theilweisen Reproduction derselben unsern Lesern einen Dienst zu erweisen.

Aran-Duchenne'sche Krankheit.
Argyll-Robertson'sches Zeichen.

Progressive Muskelatrophie.
Fehlen der reflectorischen
Pupillenbewegung.

Morbus Addisonii.

Bronzed skin.

Bell'sche Lähmung.

Facialis-Paralyse.

Bell'scher Krampf.

Facialis-Krampf.

Bergeron'sche Krankheit.

Rhythmische localisirte Chorea.

Brown-Sequard'sches Phänomen.

Hemiparaplegie mit Hemianästhesie
der andern Seite.

Charcot'sche Krankheit.

Tabetische Arthropathie oder
Amyotrophische Lateralsclerose.

Dubini'sche Krankheit.

Chorea electrica.

Erb'sche Lähmung.

Lähmung der Wurzeln des
Brachialplexus.

Erb-Charcot'sche Krankheit.

Spastische Tabes.

Friedreich'sche Krankheit.

Hereditäre Ataxie.

Gerlier'sche Krankheit.

Vertigo paralyans.

Gilles de la Tourette'sche
Krankheit.

Ataxie mit Echolalie und
Coprolalie.

Grave's disease.

Morbus Basedowii.

Graefe'sches Zeichen.	Dissociation der Bulbus- und der oberen Augenlid Bewegungen.
Jackson'sche Epilepsie.	Epilepsie bei Rindenläsionen.
Leber'sche Krankheit.	Hereditäre Opticusatrophie.
Ménière'sche Krankheit.	Labyrinth-Schwindel.
Morvan's disease.	Parese und Anästhesie der Extremitäten.
Parrot'sche Krankheit.	Syphilitische Pseudoparalyse.
Parrot'sches Zeichen.	Pupillendilatation bei Kneipen der Haut.
Parkinson'sche Krankheit.	Paralysis agitans.
Parry's disease.	Morbus Basedowii.
Raynaud'sche Krankheit.	Symmetrische Asphyxie der Extremitäten.
Romberg's Zeichen.	Schwanken im Dunkeln.
Romberg'sche Trophoneurose.	Hemiatrophia facialis.
Rosenbach'sches Zeichen.	Fehlen des Bauchreflexes.
Stockes'sches Gesetz.	Lähmung der unter entzündeten serösen und Schleimhäuten liegenden Muskeln.
Sydenham'sche Krankheit.	Chorea.
Thomsen'sche Krankheit.	Muskelspasmen beim Beginn willkürlicher Bewegungen.
Trousseau'sche Krankheit.	Vertigo ex stomacho laeso.
	Kurella.

487) **Eugen Konrád:** Suggestions-Hypnose und Verrücktheit.

(Pester Medicinisch-Chirurgische Presse. Nro. 37. 1889.)

Im Folgenden sei ein Fall mitgeteilt, wo die Hypnose als Wahndee figurirt.

W., ein junger Mann aus vornehmer Familie, hereditär belastet war bereits vor 16 Jahren in seinem 20. Lebensalter von exaltirter Denkungsweise: er ward früh selbstständig und fiel durch seine Excentricitäten auf. Der sonst intelligente, belesene Mann lebte auf grossem Fusse und ruinirte sich materiell. Vor 2 Jahren etwa machte er die Bekanntschaft eines reisenden Hypnotiseurs, vertiefte sich in das Studium des Hypnotismus und machte an sich die Entdeckung, dass er auf geheime Weise hypnotisirt wurde. Er behauptete, er wäre während der Hypnose zur Uebernahme gewisser Verbindlichkeiten gezwungen worden, die nun seinen materiellen Ruin herbeiführen. Er hat Kopfschmerzen, eigenartige nervöse Sensationen und ist es daher dringend nothwendig, dass er sich dishypnotisiren lasse. Der kräftige Mann stottert im Affekte, der l. Facialis ist schwächer innervirt, die l. Pupille reagirt träger als die rechte, die hervorgestreckte Zunge zittert. Sensibilität, Hautreflexe normal, das Kniephänomen gesteigert. Die direkte elektrische Reizbarkeit gegen beide Stromarten ein wenig gesteigert. Linkerseits ist die Erregbarkeit erhöht. Intensivere Ströme

verträgt Pat. nicht. Zu bemerken ist, dass bei linksseitiger Anwendung von 4 M. A. K_2O , am rechten Ohre Hallucination auftritt; die Töne jedoch vermag Pat. nicht deutlich zu vernehmen. Pat. ist vollkommen orientirt, fragt, wo sich die Abtheilung für's Hypnotisiren befindet. Er wäre nicht geisteskrank, befände sich nur in Hypnose und müsse dishypnotisirt werden. Er gedenke seine Hypnotiseure gerichtlich zu verfolgen, denn das gehe doch nicht an, dass er selbst den Geruch des Magnets spüre.

Im weiteren Verlaufe gab Pat. stupende Beweise seiner grossen Belesenheit, insbesondere auf dem Gebiete der Hypnose. Einmal machte er den folgenden charakteristischen Ausspruch: „Sie glauben demnach, dass meine Auseinandersetzungen Wahnideen sind und dass ich geisteskrank sei. Gut ich acceptire dies. Denn, wenn mir irgend Jemand vor 3 Jahren all' das erzählt hätte, was ich seither durchlebte, so hätte ich ihn auch für irrsinnig gehalten. Ich werde Sie jedoch dessen überführen, dass die von mir vorgebrachten Erscheinungen in das Gebiet der Hypnose gehören.“

Der psychische Zustand des Kranken wurde öfters eingehend untersucht und entspann sich stets eine veritable Discussion über gewisse Erscheinungen der Hypnose, die — nach seiner Ansicht — noch unbekannt wären. Es dürfte von Interesse sein, eine solches Gespräch hier beizufügen. „Warum sind sie eigentlich in die Anstalt gekommen?“ „Weil ich mich dishypnotisiren lassen will.“ „Doch Sie sind ja nicht hypnotisirt, Sie sind geisteskrank?“ „Warum nicht gar! Woran leide ich denn, an Melancholie, Vesanie?“ „Lassen wir dies; an Ihnen sind keine Zeichen von Hypnose wahrnehmbar.“ „Wohl, scheinbar verhält sich dies so, übrigens haben sich meine Nerven um Vieles gestählt und ich kann jetzt nicht so leicht hypnotisirt werden.“ „Ueberhaupt, wie konnte man Sie hypnotisiren, hiezuhin sind ja gewisse Manipulationen nothwendig und diese wurden ja nicht ausgeführt.“ „Ich glaube, dies geschah auf reflectorischem Wege?“ „Wie stellen sie sich dies vor?“ „Das ist eben die grosse Frage! Ich hypnotisire Jemand vielleicht nicht absichtlich und ganz unbewusst und der Hypnotisirte wirkt auf mich zurück. Wie dies vor sich geht, möchte ich erforschen.“ „Das wird Ihnen nicht gelingen. Es wäre daher am besten, Sie liessen ganz von diesem hypnotischen Märchen.“ „Wenn mir die Lösung nicht gelingt, dann werde ich schweigen. Im Uebrigen könnte ich ja leicht durch die Verheimlichung meiner Ansichten meine Entlassung erreichen: doch ist es mir um die Wahrheit zu thun“.

(Man versucht den Pat. durch Fixiren, Streicheln, zuletzt durch Suggestion zu hypnotisiren.) „All dies wirkt auf mich nicht, doch nur deshalb nicht, weil der Betreffende (der Berliner Hypnotiseur H.) in diesem Momente gleichfalls nicht hypnotisirt ist, doch die Komödie beginnt später.“ „Aus solch' grosser Entfernung lässt sich doch nicht hypnotisiren.“ „Nein, auch mir ist dies bekannt, doch wenn der Betreffende hypnotisirt ist und selbst 50 Meilen weit ist, so besteht doch der Nervenraport und ich bin über die Gedanken der Betreffenden informiert.“ „Dies ist nicht möglich. Durch die Luft etwa?“ „Nein,

dies wäre ein Absurdum; durch reine Nervenwirkung entstehen da und dort dieselben Sensationen.“ „Was für ein Medium vermittelt dies?“ „Ja dies ist ja eben zu eruiern.“ „Hören Sie die Stimme der Betreffenden?“ „Nein das wäre ja Hallucination. Nur am unteren Ende der Tuba Eustachii entsteht bei mir eine Empfindung, wie wenn man eine Telegraphentaste niederdrückt, von da gelangt der Ton in die Trommelhöhle. Einzelne Worte: „Du doch“, bilden die Signale und den Satz muss ich mir dann selbst durch Combination construiren.“ „Und wenn Sie sich irren?“ „Dann kommt gleich das Signal; nein.“ „Nun, sehen Sie, das ist Hallucination.“ „Nein es ist dies eine besondere, bisher noch nicht erforschte Art der Hypnose.“ „Autoritäten behaupten, man könne Niemand gegen seinen Willen hypnotisiren. Warum lassen Sie dies zu?“ „Das verhält sich nicht so, mich zwingt der Nervenrapport. Charcot und Bernheim sind noch weit zurück. Man muss an sich selbst Erfahrungen machen, um in diesen Dingen richtig urtheilen zu können.“

Pat. setzt seine hypnotischen Studien fort, belächelt überlegen die Unerfahrenheit der Anstaltsärzte, die da meinen, der eine oder andere Kranke bekäme einen maniakalischen oder anders gearteten Anfall, wo doch diese Anfälle nichts anderes, als durch ihn, auf dem Wege des Nervenrapportes herbeigeführte hypnotische Zustände wären, wovon die Betreffenden natürlich nichts wüssten. Doch einmal stiess er mit einem Vesaniker zusammen. Derselbe, ein Dr. phil., ersuchte den Primarius um eine Besprechung unter 4 Augen. Er beklagt sich darüber, dass W. ihn hypnotisire, trotzdem er sich dies verboten habe. „Wir sprechen über Hypnotismus und ich opponirte seinen Ansichten, die ich für absurd hielt. Hierauf bot er mir eine Wette an, dass ich träumen müsse, was er will. Ich acceptirte die Wette. Hierauf bezeichnete mir W. einen uns beiden Bekannten, gleichzeitig die Umstände angehend, unter welchen ich ihn sehen werde. Alles traf so zu, wie er es voraussagte. Da ich dies für ein Spiel des Zufalls hielt, liess ich das Experiment noch 2-mal wiederholen. *Das Traumbild war stets das von ihm vorher bezeichnete.* Da ich nach diesen Experimenten eine eigenartige Mattigkeit verspürte, so ersuchte ich W., dass er mich nicht mehr hypnotisire. Trotzdem hatte ich wiederholt dieselben Träume, verbunden mit Rückgratschmerzen und sexueller Erregbarkeit. Ich stellte hierauf W. zur Rede. Er antwortete mir unter Lachen, dass er wisse, was geschehen sei, da er vor dem Schlafengehen an mich dachte. Da ich jedoch weiss, dass die Aerzte das Hypnotisiren für schädlich halten, so bitte ich, ihm das fernere Experimentiren zu verbieten.

Es lag demnach in diesem Falle hypnotische Infection vor. Konrad antwortete dem Klageführenden, er könne wohl W. das Denken nicht verbieten, doch empfehle er ihm die Antihypnose anzuwenden, die darin besteht, dass Niemand gegen seinen Willen hypnotisirt werden könne. Dieser Rath bewährte sich bisher.

W. steht bereits seit 2 Jahren unter Beobachtung. Er geht frei umher, bewegt sich in der Gesellschaft, äussert sich nie über Ver-

folgung. Sein Auftreten ist correct, sein Benehmen tadellos. Doch von seinen hypnotischen *Wahnideen* lässt er nicht.

Dieser Fall muss in die grosse Gruppe der chron. Verrücktheit eingereiht werden. Die Belastung, die excentrische Denkweise, der Hang, somatische Sensationen äusseren Einflüssen zuzuschreiben, das hartnäckige Beharren an Wahnideen, sind cardinale Symptome, die den Character des Leidens unbezweifelbar erkennen lassen. Einem modernen wissenschaftlichen Thema entnommene Wahnideen dominiren ausschliesslich die Situation und dienen denselben vornehmlich Sensationen als Grundlage. Freilich lässt sich nicht behaupten, dass die Ursache dieser Verrücktheit der Hypnotismus allein sei, denn es ist sehr wahrscheinlich, dass der Kranke, wüsste er nichts von hypnotischen Zuständen, zu den Mysterien des Telephons greifen würde.

(Schluss folgt.)

488) G. Landerer: Ueber formale Denkstörungen als Degenerationszeichen und psychische Krankheitssymptome.

Vortrag gehalten bei der 7. Jahresversammlung des Landesvereins in Göppingen. (Medicinisches Correspondenz-Blatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins, Band LIX. Nro. 20. 27. Juli 1889.)

(Schluss.)

Tiefer noch geht diese Denkformstörung in Fällen von Verrücktheit, wo dieses Einzelschweifen der Gedanken mit neuen aus dem pathologischen geschaffenen Zeichen geschieht, und noch tiefer bei apathischen Blödsinnigen und Paralytikern im letzten Stadium, wo der besondere Vorstellungscharakter verloren geht und statt der Aufeinanderfolge in Empfindung, Wahrnehmung und Vorstellung ein Rudrum oder Chaos von Psyche überbleibt, das eine Differenzirung der einzelnen seelischen Thätigkeitsformen kaum mehr erkennen lässt. So sehen wir im letzten Stadium der Paralyse oder des Blödsinns Wollen und Vorstellen verwechselt, in Eins, die Functionszeichen der besonderen psychischen Leistung verwischt, alles geistige in eine homogene Masse, in einen dürftigen Reflexmechanismus aufgelöst, in dem die Persönlichkeit völlig untergegangen ist, d. i. der geistige Tod bei Leibes Leben, wie er die düstersten Anstaltsbilder und schwersten metaphysischen Zweifel erwirkt.

Mit dieser Störung der Denkform kommen wir zu einer anderen gleich tiefen Stufe des Zerfalls des Denkprocesses höchst interessanter Art, wie sie in den Störungen der Einheit der Person gegeben ist.

Wir wissen, dass im Gesunden die Individualitätseinheit sich zunächst in der Einheit des die Ichvorstellungsgruppe ausmachenden Selbstbewusstseins vollzieht, dass sie aber des weiteren im Timbre der mitschwingenden Gesamtwellen der Psyche zu Tage tritt, also, dass sie auch in diesen als Einheit und rein erscheint, und identificirt werden kann. Nun kann es bei Psychosen kommen, dass beliebig welche Vorstellungsgruppen — entweder gleichzeitig oder in zeitlich getrennten

Phasen — sich zu zwei Einheitscomplexen verbinden, die nun an Stelle des einen alten gesunden Ich die Persönlichkeit geradezu spalten. In diesen Zuständen der Spaltung des Selbstbewusstseins können wir beobachten, dass aus einem Individuum geradezu zwei ganz getrennte Persönlichkeiten imponiren und sprechen, dass jede der beiden Bewusstseinsseinheiten sich nur wieder durch eigenartige mitschwingende Wellen im sensorischen und motorischen Gebiet manifestirt und in ihnen gefestigt bleibt, also, dass jedes der beiden Ich im einen Individuum seine eigene Geberde, Sprache und Miene hat. Es kann dies, wie gesagt, gleichzeitig geschehen im Vorhandensein mehrerer solcher discontinuirlicher Einheiten im Bewusstsein, oder aber auch in zeitlichem Wechsel der getrennten Einheiten: Dort ist dasselbe Individuum in einem zugleich aus zweien — hier ist es heute der Eine, morgen der Andere. Die Ichverschiebungen in den periodischen und circulären Psychosen gehören hierher.

Das Allermerkwürdigste aber ist das, das solche gleichzeitige discontinuirliche Bewusstseinsseinheiten in durch Jahrzehnte hindurch *constant* logischer Beziehung zu einander stehen können, also dass gewisse Verrückte durch Jahre und Jahrzehnte hindurch ein Doppelleben führen, activ zumeist erhalten durch fortdauernden Erregungszuwachs aus der centralen Sinnessphäre, ohne jedwede Aenderung oder Abschwächung, oft Jahr und Tag. Ein Fall möge dies zeigen.

Der Kranke leidet an dieser Denkformstörung; er hat Sinnes-täuschungen, die ihn in Activität halten; er ist genau in dieser Weise krank seit 30 Jahren, heute genau so, wie zu Beginn der Erkrankung und Tag für Tag gleich. Das Auffallendste an ihm ist das Tag und Nacht fortdauernde Selbstgespräch, das immer in Form von Frage und Antwort geschieht, und zwar so, dass das eine Ich fragt und zwar im Brummtone, sanft, leise, oft französisch, das andere Ich antwortet und zwar laut, mit hellerer Stimme, zumeist deutsch. Dabei bleibt die Differenz der mimischen Bewegungen, der Haltung und Geberde constant immer für die getrennten Bewusstseinsseinheiten und ist das Vagiren der Gedanken vollkommen; jede logische Verbindung innerhalb der beiden Bewusstseins-Einheiten fehlt; nur die zwei Ichgruppen bleiben — ewig sich wandelnd wohl in den constituirenden — Elementen — zusammen im festen logischen Verband. —

Wir haben nunmehr die normale, die unrüstige und die kranke Denkform an unserem Auge vorüberziehen lassen und daraus selbstdenkend die Einsicht gewonnen, auf welch leckem Schiff wir selber fahren und wehmüthig stimmen wir mit ein in das Horaz'sche: *Nam tua res agitur, paries quum proximus ardet*. Aus Sorge für uns selbst daher sowohl, als auch nach der unserer Wissenschaft gestellten Aufgabe, die Hüterin der Gesundheit Leibes und der Seele zu sein, liegt es vor anderen uns Aerzten ob, einzustehen zum ersten für des denkenden Geistes Natur- und wahrheitsgemässe Entwicklung und Bildung in der Kindheit und Jugend, insonderheit mit vermehrter Berücksichtigung der *Anschauung*, zum anderen mit allem Einsatz von Person und Stellung zu kämpfen für eine Hygiene des gesunden Geistes auf

der Höhe des Lebens, die so gut wie die nun allerorten gepflegte Hygiene des Leibes ein nothwendiges Postulat der Jetztzeit ist. Noch hat der allgewaltige Bacillus in die Gehirnsubstanz den Weg nicht gefunden! Aber caveant consules! Millionen stampft er aus dem Nährboden, seine Wanderlust kennt keine Grenzen und warm machen lässt er sich nicht. Seien wir auf der Hut, halten wir unser Pulver trocken, unsere cerebrale Rüstung blank, dann — habeat sibi! apage!

II. Die internationalen Congressse zu Paris.

Congrès internationale de Médecine mentale.

Sitzung vom 6. 7. 8. 9. 10. August 1889. (Le Progrès médical 1889 Nro. 32, 33, 35.)

Sémal (Mons): spricht über Gefängnispsychosen.

S. hat in Belgien, wo die Einzelhaft seit mehr als 20 Jahren eingeführt ist, genauere Recherchen angestellt über Genese und Entwicklung der Geisteskrankheiten bei Gefangenen. Er hat die Fälle aus den Jahren 1865—1884 zusammengestellt und genau die in der Zelle verbrachte Zeit, sowie die im Allgemeinen verstrichene Zeit notirt. Auf 900000 Detinirte kommen 517 Fälle von Geisteskrankheit, d. h. 57 auf 100000 Individuen, während man im gewöhnlichen Leben 147 Geistesranke auf 100000 Individuen rechnet. Diese 517 geisteskranken Verbrecher bestehen aus 222 Angeklagten und 295 Verurtheilte; von diesen 295 Verurtheilten haben nur 161 ihre volle Strafzeit in der Zelle verhäusst, nur bei 18 von ihnen konnte man mit Sicherheit der Zellenhaft die Schuld an der Entstehung der Geisteskrankheit beimessen und auch bei diesen musste noch in Rechnung gezogen werden die durch die Verurtheilung hervorgerufene Depression, die Aenderung der Lebensweise und der Ernährung.

Die wahren Ursachen der bei Gefangenen beobachteten Geisteskrankheiten sind die hereditäre oder die erworbene Disposition (43⁰/₁₀ der Fälle); bei 53⁰/₁₀ war weder die Detntion noch die Art derselben Grund zur Entstehung der Erkrankung gewesen. 32 Detinirte scheinen in der That dem psychopathogenen Effect der Zelleneinsamkeit erlegen zu sein und selbst von diesen bleiben nach Ausschluss von unzureichender Ernährung, Onanie, moralischer Ursachen, Mangel an Bewegung nur noch 3 übrig, die wirklich der Isolirung ihre Erkrankung verdanken. In der grossen Mehrzahl der Fälle ist daher das Isolirungssystem an sich nicht schädlich. Die Zellenhaft wirkt als Gelegenheitsursache, die den schlummernden Keim der Geisteskrankheit aus Licht bringt; je länger die Haft dauert, um so weniger ist sie in dieser Hinsicht wirksam, verhängnissvoll wird sie nur im Verlaufe der ersten Monate mit Rücksicht auf die durch die Verurtheilung gesetzte Depression und den Wechsel der Lebensweise. Die Zellenhaft an sich ist in nicht höherem Grade psychopathogen als die Haft überhaupt; die sich auf

ihre Einwirkung hin entwickelnde Geisteskrankheit ist hauptsächlich depressiven Characters, sie verräth sich durch Gehörstäuschungen, die Verfolgungsdelirien oder ein systematisirtes Delirium erzeugen. Die völlige Ruhe sowie das Nichtsprechen entwickeln eine ausserordentliche Schärfe des Gehörs, die schliesslich die erwähnten Symptome hervorgerufen.

J. Voisin: Fugues inconscientes chez les hystériques.

5 Beobachtungen, die 2 Frauen und 3 Männer betreffen, sämmtlich mit den Stigmata der Hysterie und mit Schlafkriesen behaftet. In allen Fällen beherrschten visuelle und motorische Bilder die Scenen ohne Begleitung antagonistischer. Die Zustände begannen mit Suffocation und Schwindel und endigten mit luciden lethargischen Krisen, natürlichem Schlaf, geräuschvoller Inspiration. Die Kranken sind der Hypnose zugänglich, was sie von den Epileptikern unterscheidet, auch ist das Gesicht während dieses Zustandes geröthet und nicht blass wie beim Epileptiker, weder Stertor noch unwillkürlicher Abgang von Urin oder Faecalien wird beobachtet. Der Zustand besteht in regelmässigen coordinirten Bewegungen wie beim normalen Gang. Die Behandlung besteht nicht in Bromkali, sondern in Anwendung der Tonica, Donchen sowie hypnotischer Suggestion.

Ladame (Genf): berichtet einen Fall von sexueller Perversität, der durch hypnotische Suggestion günstig beeinflusst wurde. Er stellt folgende Schlussfolgerungen auf: Der Hypnotismus soll als wirksames therapeutisches Agens für gewisse Fälle in die Psychiatrie eingeführt werden. Die Suggestion beeinflusst zwar nicht die Quelle der Erkrankung, wohl aber die Natur der Psychose, sie richtet sich gegen das Symptom. Vom praktischen Gesichtspunkte aus ist aber die symptomatische Behandlung sehr wichtig, daher wird die hypnotische Suggestion ein schätzbares Heilmittel bei gewissen Formen von Geistesstörung darstellen.

Bechterew glaubt nicht an die Unschädlichkeit des Hypnotismus, weil er eine Tendenz zur spontanen Hypnose schafft.

Bénédikt (Wien): hat sich mit dem Hypnotismus seit 20 Jahren beschäftigt und stets die grösste Vorsicht bei seiner Anwendung empfohlen. Die Heilung von Morphinisten durch die Suggestion ist eine Illusion, derartige Heilungen müssen sehr sorgfältig controlirt werden.

Ladame hat durch den Hypnotismus und die Suggestion in der That Dipsomanen geheilt. Er stellt Hysterie bei seinem Kranken in Abrede.

Doutrebente hat bei nicht hysterischen Geisteskranken mit Hülfe des Hypnotismus noch keine Erfolge erreicht. Der Hypnotismus ist sehr gefährlich bei Individuen, die wenn auch noch nicht geisteskrank so doch zu Geisteskrankheiten disponirt sind.

Lemoine verliert eine Mittheilung über die hypnotische Wirkung von Hyoscinamin und Hyoscin. Hyoscinamin ist nach seinen Erfahrungen ein ausgezeichnetes Hypnoticum, das in Dosen von $\frac{1}{2}$ bis 1 Milligramm in 9 von 10 Fällen von acuter einfacher Manie oder

in den Aufregungszuständen der allgemeinen Paralyse einen ruhigen Schlaf hervorruft, der im Mittel 6 Stunden anhält. Seine Wirkung verräth sich anfangs durch einen Zustand von Erregung, der nach kurzer Zeit einem ruhigen Schlafe weicht. Bei der angegebenen Dosis sah er nie irgend welche Besorgniss erregenden Symptome auftreten. Anders bei Hyoscin, das L. für ein unsicheres zuweilen sehr gefährliches Medicament erklärt, bei dessen Anwendung syncopale Zustände auftreten können. An Hyoscin gewöhnen sich die Kranken ferner leicht und brauchen fortgesetzt grössere Dosen, um den gleichen Effect zu erreichen, während dies bei Hyosciamin nicht der Fall ist, bei dem nie eine Gewöhnung eintritt und das stets in derselben Dose gleich wirksam bleibt.

Séglaß machte gleiche Beobachtungen mit Hyoscinnm hydrochloricum, das er in Dosen von $\frac{1}{4}$ —1 Milligramm anwandte. In einem Falle trat nach einer Dose von $\frac{1}{2}$ Milligramm Collaps auf; S. räth zur Vorsicht bei Gebrauch dieses Mittels.

Brouillard bediente sich des Hyoscinum hydrojodatum und hydrobromatum bei 8 maniakalischen Männern wie Frauen in Dosen von $\frac{1}{4}$ bis 2 Milligramm subcutan und sah nur sehr selten eine beruhigende Wirkung eintreten. Dagegen traten beunruhigende tetaniforme Zustände auf, wesshalb B. es für ein gefährliches Medicament erklärt.

Briand spricht über die nach Vergiftung mit Kohlenoxyd auftretende Manie. Die Gedächtnisstörung trat in den Fällen, die er beobachtete, unmittelbar nach den Erstickungsverfahren durch Kohlendunst auf. B. vergleicht diese Amnesie mit der nach übermässigem Genuss von Alkohol sich einstellenden, welche der ersteren völlig analog sei.

Die Discussion wird auf eine spätere Sitzung verschoben.

Ball verliest seinen im Verein mit Rouillard abgefassten Bericht über die verschiedenen Gesetze hinsichtlich der Unterbringung von Geisteskranken in öffentliche oder Privatanstalten. Beide Autoren constatiren die feindliche Stellung der jetzigen Gesellschaft den Irrenärzten gegenüber, deren Autorität bestritten und deren Rechtlichkeit angegriffen wird. Die ehrenwerthesten Männer werden durch die unwürdigsten Verläumdungen verfolgt, ohne dass die Autorität der am meisten competenten Stimmen die öffentliche Meinung zur Vernunft zurückbringen könne. Die traurige Tendenz, die unter dem Vorwande, die individuelle Freiheit, die gar nicht bedroht ist, zu vertheidigen, sich breit macht, wird, wenn sie in dieser Weise fortfährt, dahin führen, dass die Geisteskranken ohne Behandlung und die Gesellschaft ohne Schutz dastehen.

Falret und Barbier sprechen sich in gleichem Sinne aus.

Brunel spricht über die specifische Eigenschaft der allgemeinen Paralyse, welche er vom anatomischen Standpunkte aus als eine Pericerebritis bezeichnet. Er besteht auf der klinischen Einheit der Paralyse und schreibt den beobachteten Laesionen des Gehirns eine gewisse Constanz zu. Die frontalen, parietalen und sphenoidalen Windungen sind fast immer in Mitleidenschaft gezogen, während die occipitalen

grösstentheils intakt sind; der Isthmus und das Mark können sclerotische Stellen darbieten, doch sind diese inconstant. Mit einem Worte, der Sitz der Laesionen findet sich grösstentheils in dem Gebiete, das von der Carotis interna irrigirt wird. Im Anfange besteht Hyperämie, dann Turgescenz des Gehirns. Die membranösen Adhäsionen vermehren sich, unter ihnen bildet sich gegen Ende der Erkrankung eine Atrophie des Gehirns aus. Diese constanten Laesionen sowie die klinische Entwicklung, die bei gewissen Kranken beobachtet wird, sprechen für die Specificität der Paralyse.

Im Anfange im Stadium der einfachen Hyperämie ist die Paralyse heilbar; B. behandelt seine Kranken mit Tartarus stibiatus bis zu 1,0 Gramm und bis zu 40 Gramm Bromkali.

Ball unterstützt die Ausführungen Brunel's, die erwähnten Adhärenzen sind die typische Laesion der Erkrankung, wie die Verschwärung der Peyer'schen Plaques für den Typhus abdominalis charakteristisch ist. Doch findet er die Dosen Bromkali Brunel's zu hoch gegriffen.

Ladame verliert eine Beobachtung von Erythropsie bei allgemeiner Paralyse. Diese Erscheinung dauerte zwei Monate im Beginne der Paralyse. Die ophthalmoscopische Untersuchung war resultatlos.

Lemoine hält einen Vortrag über Arthritis als Ursache der Paralyse. Unter 30 Fällen, die L. von diesem Gesichtspunkte aus untersuchte, fanden sich 11, in denen keine andere Ursache für die Paralyse gefunden werden konnte als die Arthritis. Arthritiker sind zu Nervenkrankheiten praedisponirt und vor allem zur Paralyse. Die Arthritis kann aber noch eine occasionelle Ursache sein: bei derartigen Kranken findet man Neigung zu Congestionen nach dem Essen, die zu Cerebralcongestion praedisponiren. Häufig ist Arthritis der Grund zu Arteriosclerose; man findet daher in manchen Fällen vereinigt: Arthritis, Arteriosclerose und Paralyse. Die arthritische allgemeine Paralyse ist im Anfang langsam verlaufend, nach dieser ersten Phase tritt aber häufig ein rapider Verlauf ein; die apoplectiformen Auffälle sind häufig. Die Incoordination ist stark ausgesprochen, die Contracturen finden sich vielfach.

Charpentin bemerkt, dass man häufig bei Paralytikern am Hals und Kinn trophische Störungen findet, die aber nicht als Manifestation der Arthritis aufzufassen sind. In den Fällen von arthritischer Paralyse hat er den schnellen Verlauf nicht beobachtet, doch sah er häufig Oedem der Halsregion und Herpes genitalis.

Pierrat (Lyon): vervollständigte die Mittheilung Lemoine's hinsichtlich des Ursprungs der Paralyse. L. hat nur von einer der Folgen der Arthritis gesprochen, doch gibt die letztere Anlass zu einer Reihe der interessantesten nervösen Erscheinungen. Migräne, Kopfschmerzen, vorübergehende Demenz, Schlaflosigkeit, Gedächtnisstörungen die sich wie die gastrischen Störungen durch die Ausscheidung von Harnsäure verrathen, treten auf; das chemische Substrat spielt in diesen Zuständen die Hauptrolle.

Garnier: Die Geisteskrankheiten in Paris. Die wechselweisen Beziehungen zwischen alkoholischem Irresein und der allgemeinen Paralyse in Hinsicht auf ihre Zunahme. Der Alkohol sowie die geistige und körperliche Ueberbürdung, durch den Kampf um's Dasein verursacht, sind die Hauptfactoren, die in den Städten die Zunahme der Geisteskrankheiten bedingen. In den letzten 3 Jahren wurden auf der Krankenstation der Polizeipräfector 8839 Personen untersucht, von denen 8139 als geisteskrank erkannt wurden; vorzugsweise war das männliche Geschlecht befallen, 59⁰/₀ während die Frauen 40⁰/₀ ausmachten. Die grösste Höhe in der Zunahme fand in allen Jahren in den Monaten Januar — Juni statt, zu welcher Zeit auch die übrigen Krankheiten ihren Höhepunkt erreichen, eine Erscheinung, die wahrscheinlich in den kosmischen und meteorologischen Aenderungen des Frühljahrs ihren Grund hat. Unter den Geisteskrankheiten nimmt der Alkoholismus den ersten Rang ein mit 2982 Kranken (1813 Männer), den zweiten Platz die degenerativen Zustände und den dritten (999) die Paralyse. Die Melancholie findet sich am häufigsten bei den Frauen; das chronische Delir vertheilt sich auf 276 Frauen und 105 Männer. Der Alkoholismus lässt eine rapide Zunahme erkennen; im Jahre 1886 zählte man 644 Kranke, während im Jahre 1888 diese Zahl auf 839 also um 25⁰/₀ gestiegen war; sie hat sich in 15 Jahren verdoppelt und es zeigt sich der Abstand, der zwischen Mann und Frau bestand, immer mehr verringert, indem die relative Zahl der Frauen fortwährend zunimmt. Eine gleiche rapide Steigerung lässt die Paralyse erkennen. Von den 999 erwähnten Kranken (12⁰/₀ der Gesamtzahl) sind 711 Männer (14⁰/₀) und 288 Frauen 8⁰/₀; in 15 Jahren hat sich die Zahl verdoppelt und so auch hier ist der Abstand zwischen Frau und Mann in der Zahl geringer geworden. Die Paralyse, die Geisteskrankheit der Städte par excellence, verdankt ihre Zunahme dem Alkohol und der Ueberanstrengung des Gehirns. Verminderung der Zahl der Schenken wird eine Verminderung des Alkoholismus schaffen, der Congress möge dahin wirken, dass von der Seite der Regierung aus schnelle und einschreitende Massregeln in diesem Sinne getroffen würden.

Bettancourt-Rodrigues (Portugal) spricht über den Einfluss der Autointoxication und der Magenerweiterung in der Aetiologie der depressiven und melancholischen Formen. Bei einer gewissen Anzahl von Melancholischen sah B. gastro-intestinale Störungen. Da diese Störungen nach gewissen Theorien mit der Production von toxischen Elementen einhergehen, schliesst B., dass die Autointoxication, die durch das Verweilen der im Körper gebildeten giftigen Substanzen entsteht, die nächste Ursache der Melancholie ist. Diese Hypothese erscheint ihm nun mehr wahrscheinlich, als er in einigen Fällen durch Anwendung der Antisepsis Heilung dieser Form von Geistesstörung erreicht zu haben glaubt.

Motet verliest einen in Gemeinschaft mit Vétault verfassten Bericht „über die Verantwortlichkeit der Trinker,“ und kommen die Verf. zu folgenden Schlüssen. Die Verantwortlichkeit existirt nicht in allen den Fällen, in denen das Verbrechen oder Vergehen in der

acuten oder subacuten delirirenden Periode eines Anfalls von Alkoholismus begangen wurde; ferner in den Fällen, in denen die That von einem an chronischem Alkoholismus leidenden Individuum begangen wurde, bei dem definitive cerebrale Laesionen die Integrität des Organs beeinträchtigt und die Functionsstörung herbeigeführt haben. Die Verantwortlichkeit ist gemindert bei den schwachsinnigen Individuen, bei denen in Folge der Inferiorität ihres Gehirns eine Intoleranz gegen alkoholische Getränke besteht; ferner, wenn sich nachweisen lässt, dass das Individuum gegen seinen Willen in Trunkenheit versetzt wurde. Volle Verantwortlichkeit dagegen besteht in den Fällen einfacher Trunkenheit, die der Deliquente vermeiden konnte, oder wenn die alkoholische Erregung zu dem Zwecke herbeigeführt wurde, um zu einem Verbrechen oder Vergehen sich die nöthige Anregung zu verschaffen.

So u z a - L e i t e berichtet über eine Beobachtung von manischer Agitation bei einem Tabetiker. Der Fall betrifft einen langjährigen Tabiker, der im Jahre 1881 Hallucinationen des Gesichts, Gehörs, Geschmacks, Geruchs, der Sensibilität und des Muskelsinns und im Anschluss an dieselben einen heftigen maniakalischen Erregungszustand bekam mit Grössenideen und Verfolgungsvorstellungen. Dieser Zustand dauerte circa 4 Monate; es trat dann völlige Amnesie auf, die sich erst nach längerer Zeit verlor. Die Tabes wurde durch die psychischen Symptome nicht beeinflusst.

K o r s a k o f f (Moskau) spricht über eine eigenthümliche Form von Geisteskrankheit, die mit multipler degenerativen Neuritis combinirt ist. Die Eigenthümlichkeit dieser Erkrankung besteht in einer Combination der psychischen Symptome mit denen der multiplen Neuritis und in der Originalität der psychischen Symptome. Die letzteren bestehen in einzelnen Fällen in einer bis auf's äusserste getriebenen Reizbarkeit, Anfälle, die an die hysterischen Anfälle erinnern. In anderen Fällen finden sich Störungen in der Ideenassociation, Trübung des Bewusstseins, endlich in noch anderen eine eigenthümliche Gedächtnisstörung, die am häufigsten in einer Gedächtnisschwäche für die Vorgänge der Jüngstvergangenheit besteht, während das Gedächtniss für längst vergangene Ereignisse wenig alterirt ist. Die Aetiologie dieser Erkrankung ist fast die gleiche wie die der multiplen Neuritis. Sie kommt vor nach Intoxicationen verschiedener Art (Alkohol, Arsenik, Kohlenoxyd, Schwefelkohlenstoff) bei tuberculösen und krebigen Cachexien, im Verlaufe schwer acuter Infectiouskrankheiten, (Typhus, Septicaemia, Puerperalfieber etc.). In einzelnen Fällen sind die Symptome der Neuritis wenig ausgesprochen, während die psychischen Symptome stark hervortreten. Es scheint daher geboten diese Form geistiger Erkrankung als eine besondere zu betrachten, die man als „Cerebropathia psychica toxæmia“ oder „Psychose polynéuritique“ bezeichnen kann.

Die Autopsie hat das Bestehen der degenerativen multiplen Neuritis bei dieser Form bestätigt.

M o n o d, directeur de l'Assistance publique de France, theilt dem Congress das Resultat einer Enquête mit, die er hinsichtlich der in

den Hospitälern und gewöhnlichen Hospizen der Departements zur Beobachtung befindlichen Geisteskranken angestellt hat. Die Berichte der Praefecten haben schwerwiegende Uebelstände zu Tage befördert. Von den 121 Geisteskranken, die sich am 19. Februar 1889 in den verschiedenen Hospizen zur Beobachtung befanden, waren 40 seit 5 Tagen, 28 seit 8 Tagen, 30 seit mehr als 8 Tagen und 25 seit mehr als einem Monat internirt. In einem fand sich ein Geisteskranker, der seit 72 Tagen, in einem andern Einer der seit 3 Jahren und in einem 3. Einer, der seit 1886 internirt war. Die Zellen in denen diese Kranken untergebracht werden, befinden sich grösstentheils abseits von dem eigentlichen Hospital gelegen, ohne jede Ansicht, grösstentheils ohne Heizvorrichtung und kaum erleuchtet; die Kranken liegen in ihnen kaum bekleidet auf Stroh. Auf M.'s Vorschlag wird einstimmig der Beschluss gefasst, dass der Congress die Forderung stelle, die Geisteskranken sollten mit Ausnahme der Fälle, in denen es materiell unmöglich sei, ohne Verzug in die öffentlichen Anstalten überführt werden.

B a u m e. Assistance et Patronage des aliénés. Colonies agricoles. Inspecteurs régionaux.

B. hat die Irrencolonie in Quimper organisirt; er verliest einen umfangreichen Vortrag über die technischen und finanziellen Erfordernisse dieses Systems und weist nach, dass bei gut geleiteter Arbeit und Landkultur die Irren den Departemants nur sehr wenig kosten, dass es durchaus nicht zu Inconvenienzen führe, wenn man alle Kranken d. h. gruppenweise, arbeiten lasse, vorausgesetzt, dass die Colonie unter der einheitlichen und wissenschaftlichen Leitung des Asyls also des medicinischen Directors bleibe, der allein im Stande sei, die Wärter, Kranken etc. auszuwählen und den gegebenen Bedingungen anzupassen. Er empfiehlt die versuchsweise Entlassung unter der Bedingung, dass eine sachverständige und continuirliche Ueberwachung der entlassenen Kranken eingerichtet werde, unter der Vermittelung von Hilfsvereinen nach dem Typus Falret B a i l l a r g e r (Paris) oder B a u m e (Quimper).

B. resumirt seine Ausführungen dahin:

1. Die öffentlichen Asyle haben die Bestimmung die heilbaren Geisteskranken und die gemeingefährlichen Irren oder Idioten zur Behandlung oder Beobachtung aufzunehmen. Die Dauer der Behandlung oder Beobachtung ist dem Ermessen des Chefarztes anheimgestellt.

2. Innerhalb 5 Jahren nach Publication des Gesetzes haben die Departements unter dem Namen „colonies agricoles“, von den Asylen getrennte aber doch abhängige und ihnen soweit als thunlich genährte Adnexa errichten zu lassen, um in diesen die künftigen Irren oder Idioten unterzubringen, die ungefährlich sind und im Asyl ihre Zeit der Behandlung oder Beobachtung durchgemacht haben. Diese Colonien der Verwaltung des Asyls unterstehen, sollen unter der unmittelbaren Obhut eines Hülfsarztes, eines verantwortlichen Beamten, eines Leiters der landwirthschaftlichen Arbeiten und einer genügenden Anzahl Wärter stehen.

3. Im Asyl wie in der Colonie soll die Beschäftigung der Geisteskranken im weitesten Maassstabe betrieben werden aus Gründen, der Hygieine und Behandlung, der Ordnung und der Sparsamkeit. Der Erlös aus dem Verkauf sowie der berechnete Werth der zum Consum für die Colonie und das Asyl reservirten Producte soll in folgender Weise vertheilt werden: Ein Zehntel soll dem Vermögen der arbeitenden Irren, ein Zehntel dem Reservefonds zwecks Unterstützung und die acht übrigen Zehntel dem Asyl überwiesen werden, um die Kosten der Gründung der Colonie zu amortisiren und den Staatszuschuss herabzusetzen. In jedem Departement soll ein Verein zur Unterstützung bedürftiger Geisteskranker in ihren Wohnorten gebildet werden, der aus öffentlichen Mitteln subventionirt und auch von der privaten Mildthätigkeit unterstützt wird. Aus dem Asyl entlassene bedürftige Irre sollen aus dem erworbenen Vermögen und dem oben erwähnten Reservefond unterstützt werden.

4. Um eine fruchtbringende Ausführung des Gesetzes zu garantiren und die einzelnen im Irrendienste beschäftigten Beamten zu controliren, soll eine Generalinspection gebildet werden, die aus einem Generalinspecteur besteht, der in Paris wohnt, und 9 localen Inspectoren, die auf die einzelnen Departements vertheilt werden. Diese Posten sollen zwecks Aufmunterung und Belohnung Directoren und Chefärzten übertragen werden, die sich in der Ausübung ihrer Functionen besonders ausgezeichnet. Sie haben freie Fahrt auf den Bahnen.

Rouillard unterbreitet dem Congress die Frage hinsichtlich der Entlassung von geisteskranken Mördern. Nach einer längeren Debatte, an der sich Charpentin, Vallon, Baume, Reynard und Andere theilnehmen, kommt der Congress zu dem Beschluss, dass der Arzt auf die Möglichkeit eines Recidivs also eines eventuellen neuen Mordes hinzuweisen habe; dass aber die Entscheidung über die Entlassung von der juristischen Autorität abhängen.

Holtermann.

III. Tagesgeschichte.

Am 1. Oktober d. J. tritt Sanitätsrath Dr. Oebeke von der Direktion seiner privaten Heil- und Pflege-Anstalt für Gemüths- und Nervenkranken in Bonn zurück, bleibt aber als consultirender Arzt an derselben thätig. Die Leitung der Anstalt übernimmt Dr. Heyden, der seit 17 Jahren Arzt an derselben ist. Neben ihm fungirt noch ein aporirter Arzt als Assistenzarzt.

Berichtigung.

5. Zeile des Textes auf pag. 563 muss es vor „auf Strafbarkeit“ heissen: „in Bezug“ und in der 3. Zeile des II. Absatzes hinter „ein Arzt“ muss kommen: „an ein solches.“

Redaction: I. V. Dr. F. Strauscheid in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhstr. 28).

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkranken daselbst.

12. Jahrg.

15. Oktober 1889.

Nro. 20.

Inhalt.

- I. Referate und Kritiken.** Oppenheim und Siemerling: Ueber das Vorkommen von Hypertrophie der Primitivfasern in Muskelpartikeln, welche dem lebenden Menschen excidirt wurden. v. Limbeck: Ein Fall von Hemiatrophia linguae. Eisenlohr: Zur Pathologie der syphilitischen Erkrankungen der Hinterstränge des Rückenmarks. v. Hoesslin: Beiträge zur diagnostischen Gesichtsfeldmessung bei Neurosen. Schafer: Neuere Beiträge zum klinischen und patho-histologischen Bilde der Lyssa. Konrad: Suggestions-Hypnose und Verrücktheit. Lattier: Ueber alimentäre Therapie bei Behandlung der Geisteskranken.
- II. Von der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg.**
Strümpell: Ueber Tabes und Syphilis.
v. Jürgensen: Ueber die mechanische Behandlung der Tabes nach dem System Hering.
Schultze: Akromegalie.
Erb: Akromegalie.
- III. Der erste internationale Physiologen-Congress in Basel.**
His: Grundvorstellungen vom Bau der nervösen Centralorgane.
Mosso: Einfluss der Hirnthätigkeit auf die Eigenschaften der Muskeln.
Goltz: Demonstration eines Hundes, welchem die linke Hemisphäre extirpirt ist.
Horsley und Bevor: Genaue Analyse der Vertretung der einzelnen motorischen Functionen in der Grosshirnrinde.
Schiff: Einfluss der Nerven auf den Hirnkreislauf.

I. Referate und Kritiken.

489) **H. Oppenheim und E. Siemerling:** Ueber das Vorkommen von Hypertrophie der Primitivfasern in Muskelpartikeln, welche dem lebenden Menschen excidirt wurden.

(Centralbl. f. d. med. Wissenschaften 1889, Nro. 39.)

Seit ca. 3 Jahren sind wir mit der Untersuchung von Muskeln beschäftigt, die wir theils in Form kleiner Fragmente lebenden Individuen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken extirpirten, zum andern Theil dem Cadaver entnommen haben. Nicht allein die verschiedenartigsten Erkrankungen des Nerven- und Muskelsystems nahmen un-

ser Interesse nach dieser Richtung hin in Anspruch, sondern es wurde auch das histologische Verhalten der Muskulatur bei den meisten Intoxications- und Infectionserkrankungen, sowie bei den cachectischen Zuständen durch eine genaue Untersuchung zu ermitteln versucht. Ferner erstreckten sich unsere Beobachtungen auf die Beschaffenheit des Muskelgewebes im fötalen Leben und die Veränderungen, welche es in den ersten Lebensjahren erfährt.

Bei dem grossen Umfange des klinischen und anatomischen Beobachtungsmaterials, bei der grossen Anzahl unklarer und strittiger Punkte, denen wir auf diesem Gebiet noch auf Schritt und Tritt begegnen, darf es nicht Wunder nehmen, dass es uns trotz langer und mühsamer Arbeit heute noch nicht möglich ist, eine Summe sicher begründeter Resultate mitzutheilen, geschweige denn über die gesammten Beobachtungen in extenso zu berichten.

Ein Resultat jedoch glauben wir schon heute bekannt geben zu sollen, da dasselbe bei der Menge unausgesetzt erscheinender Arbeiten über pathologische Muskelbefunde gar keine oder ungenügende Berücksichtigung gefunden hat, während manche derselben durch die Würdigung dieser Thatsache eine andere Deutung erfahren: es ist das der Einfluss der Muskelexcision am lebenden Menschen auf das Volumen der Primitivfasern. — Es lagen bereits mehrere werthvolle Untersuchungen über die postmortalen und durch die Präparation bedingten Veränderungen, welche normale Muskeln erleiden, vor; sie bezogen sich besonders auf das Zustandekommen der sog. wachsartigen Degeneration. Auch war der Einfluss gewisser Läsionen (Zerrung, Quetschung, Aetzung) auf das lebende Muskelgewebe durch eine Reihe experimenteller Prüfungen ergründet worden. Obgleich hierbei mehrfach von einer Quellung und Schwellung der Primitivfasern die Rede war, ist diesem Umstande doch in der Folge kein besonderer Werth beigelegt worden und namentlich in manchen Publicationen aus den letzten Jahren, welche sich mit dem Vorkommen der Muskelhypertrophie beschäftigen, hat die Frage, welche Veränderungen die Excision an sich hervorruft, gar keine Berücksichtigung erfahren, hat man sich doch sogar begnügt, als Vergleichsobject für die in vivo excidirten Muskeln die dem Cadaver entstammenden zu verwerthen.

Uns ist es nun gleich im Anfang unserer Untersuchungen aufgefallen, dass in den dem lebenden Individuum excidirten Muskelfragmenten die Hypertrophie einzelner oder vieler oder selbst der meisten Primitivfasern einen überaus häufigen Befund bildet, mag man die Muskeln frisch in ClNa-Lösung zerzupfen oder nach sofortiger Härtung in Müller'scher Flüssigkeit resp. in einem Gemisch von Müller'scher Lösung und Osmiumsäure oder in Alkohol auf Quer- und Längsschnitten betrachten. Wir wählten Individuen aus mit ganz normalem Muskelapparat, solche, die wegen eines für diese Frage indifferenten Leidens das Krankenhaus besuchten oder an einer Neurose (Hysterie, Chorea, traumatische Neurose) oder Psychose litten, überzeugten uns durch die elektrische und Functionsprüfung von dem durchaus normalen Verhalten der Muskeln — und fanden dennoch vielfach *aussergewöhnliche Durch-*

schnittsmasse und fast immer eine Anzahl entschieden hypervoluminöser Fasern.

Wir haben dann, um eine gute Uebersicht zu erhalten, zum Vergleich die Muskeln entsprechender Fälle, einmal auch desselben Falles, post mortem in derselben Weise untersucht und da ergab sich die überraschende Thatsache, dass in diesen die Hypertrophie einen überaus seltenen Befund bildet und das Durchschnittsvolumen durchweg ein geringeres ist. Wir lassen ein paar charakteristische Bestimmungen hier folgen:

in vivo extirpirt:		post mortem excidirt:
1) Normal (Dementia)	{ Durchschnitt 69 μ Maximum 106 " und selbst 276 "	1) Normal . . . 46—49 μ
2) Normal (abgelaufene Chorea)	{ Durchschnitt 93 " Maximum 121 "	2) Neurose . . . 46—72 "
3) Hysterie	{ Durchschnitt 74 " Maximum 146 "	3) Hysterie . . . 32—55 "
4) Hysterie	{ Durchsch. 69—93 " Maximum 139 "	4) Neurose . . . 46—69 "
5) Traumatische Neurose	{ Durchschnitt 93 " Maximum 140 "	5) Hysterie . . . 47—50 "

Die Differenzen sind so eclatante, dass wir mit Sicherheit bei mikroskopischer Betrachtung eines Präparates entscheiden konnten, ob es dem Lebenden oder der Leiche entstammte.

Die Wichtigkeit dieser Thatsache braucht nicht des Weiteren auseinanderzusetzen zu werden: jeder, der sich mit der Literatur dieses Gegenstandes in den letzten Jahren beschäftigt hat, wird ihre Bedeutung würdigen. Der eine von uns*) hat bereits an anderer Stelle zur Ansicht bei Beurtheilung der von dem Lebenden entnommenen Muskelstückchen gewarnt, „da mancherlei Veränderungen, z. B. das Fehlen der Querstreifung und selbst Schwellung der Primitivfasern, artefiziell zu Stande kommen können.“

Sehr schwierig ist es nun, den Grund der Erscheinung zu ermitteln. Ist sie durch den Process des Absterbens bedingt? Ist es die Reaction des Muskels auf den durch das Trauma gesetzten Reiz? Ist es der Einfluss der Reagentien? Oder entsprechen die am Lebenden gefundenen Werthe überhaupt dem wahren Verhalten der Primitivfasern, während dieselben nach dem Tode eine Schrumpfung erfahren?

Wenn wir auch einzelne besonders hohe Werthe bei Untersuchung isolirter Fasern in Zupfpräparaten erhielten, die unmittelbar nach der Excision in physiologischer CNa-Lösung hergestellt waren, so fehlte doch die Hypertrophie in keinem der nach den anderen Methoden hergestellten Präparate. Jedenfalls spielen die Reagentien: die Zusatz- und Härteflüssigkeit, nicht die Hauptrolle. Am nächsten liegt es, das Trauma anzuschuldigen: Mit Scheere und Pincette wird die Muskel gezerrt und gequetscht und dass dieser Eingriff nicht gleichgiltig ist, liegt auf der

*) Oppenheim, die traumatischen Neurosen. S. 111.

Hand und ist bereits bis zu einem gewissen Grade experimentell festgestellt.

Die Desinfectionsflüssigkeiten sind nicht wesentlich im Spiele, da wir zu dem nämlichen Resultate gelangten, wenn wir den Muskel selbst nicht mit denselben in Contact brachten.

Auch auf das Verhalten der Querstreifung und die Beschaffenheit und Anzahl der Kerne hat die Excision einen nicht zu unterschätzenden Einfluss, doch sind über diesen Punkt unsere Untersuchungen noch nicht abgeschlossen.

Das Eine geht aus unseren Beobachtungen mit Sicherheit hervor, dass das Urtheil über das Faservolumen kleiner in vivo exstirpirter Muskelstücke den grössten Täuschungen ausgesetzt ist und dass es durchaus nicht angeht, zum Vergleich Präparate heranzuziehen, die durch eine post mortem vorgenommene Untersuchung gewonnen wurden.

490) **R. v. Limbeck (Prag):** Ein Fall von Hemiatrophia linguae.

(Prager medicin. Wochenschrift. Nro. 16. 1889.)

Wenn der doppelseitige Schwund der Zungenmuskulatur als integrierender Bestandtheil des Symptomencomplexes der progressiven Bulbärparalyse (Duchenne) relativ häufig zur Beobachtung kommt, so gehören Fälle von nur einseitiger Atrophie der Zunge zu den klinischen Raritäten. Die in der Literatur verzeichneten Fälle, welche dieses Symptom gezeigt hatten, waren von den verschiedenartigsten Erkrankungen nicht nur des Centralnervensystems, sondern auch von differenten Allgemeinerkrankungen, wie u. A. von alter Lues oder chronischem Saturnismus Remak¹⁾ begleitet, so dass, wenn Ballet²⁾ auf das relativ häufige Vorkommen von Hemiatrophia linguae bei Tabes hinweisen zu können glaubte, dieser Satz wohl nur beschränkte Gültigkeit beanspruchen kann. Wenn nun betreffs der Aetiologie dieser Erscheinung die verschiedenartigsten Muthmassungen ausgesprochen wurden, so erschien das klinische Bild der genannten Affection in den verschiedenen Fällen doch stets sehr ähnlich, welche Aehnlichkeit noch zunimmt, wenn die peripheren Läsionen eines N. hypoglossus von den nucleären Lähmungen eines solchen streng auseinander gehalten werden. Hauptsächlich dürfte hiebei das Auftreten der EAR als entscheidendes klinisches Moment zu gelten haben, u. z. in der Weise, dass mit dem Befunde von EAR wohl die Möglichkeit des Vorhandenseins einer nucleären Affection nicht ausgeschlossen ist, jedoch bei Fehlen qualitativer Differenzen in der elektrischen Erregbarkeit der kranken und gesunden Zungenhälfte die Annahme einer peripheren Läsion des Nerven hinfällig wird. An der Hand dieses entscheidenden Merkmals sind die meisten der bisher beobachteten Fälle von Hemiatrophia linguae als Folgen nucleärer Erkrankungen aufgefasst worden, und nur Wenige u. A. Erb³⁾ haben Gelegenheit gehabt, einen sicheren Fall isolirter, peripherer

1) Berliner klinische Wochenschrift.

2) Archives de Neurologie VII. 1884, p. 191.

3) Archiv f. klin. Medicin, Bd. 37. 1885, p. 265.

Hypoglossuslähmung mit nachfolgendem Zungenschwunde zu beobachten. Wenn ich im Folgenden die Casuistik dieses interessanten Leidens um einen neuen Fall, allerdings nicht peripheren Characters, vermehren will, so wird dieses Vorgehen schon dadurch gerechtfertigt, dass, wenn in den meisten bisher beschriebenen Fällen noch andere von Bulbus der Medulla oblongata entspringende Nerven neben dem Hypoglossus erkrankt erschienen waren, die Affection dieses Nerven in meinem Falle fast ganz isolirt besteht.

Krankengeschichte. B. Anna, 38 jährige Bahnwächtersfrau aus Hostiwitz in Böhmen. Die Patientin stammt aus nicht neuropathisch beanlagter Familie. Ihr Mann sowie 8 Kinder, welche sie geboren hat, leben und sind gesund. Sie selbst war angeblich bis zum Novbr. v. J. stets gesund; um Beginn dieses Monates acquirirte sie in Folge eines Traumas eine Phlegmone des linken Handrückens und der Streckseite des linken Vorderarmes und trat desshalb in die Behandlung der chirurgischen Klinik des H. Prof. Gussenbauer ein, woselbst sie operirt und am 13. Januar geheilt in die Heimath entlassen wurde. Am 6. Februar d. J. stellte sie sich in der Ambulanz unserer Klinik vor, von wo aus ihre Aufnahme erfolgte. Die Beschwerden, wegen welcher sie diesmal, nachdem die Operationswunde an der linken oberen Extremität bereits vollkommen geheilt war, die Anstalt aufsuchte, bestanden in Halsschmerzen, Schlingbeschwerden und Heiserkeit, von welchen die Ersteren seit 7 Tagen bestanden. Die Letztere beobachtete sie schon lange Zeit, wenn sie auch nie den jetzigen Grad erreicht haben soll. Bezüglich ihrer Verunstaltung der Zunge befragt, weiss die Patientin keinerlei Angaben zu machen, wie lange dieselbe bestehe, sie sei erst während ihres ersten Aufenthaltes im Krankenhause auf dieselbe aufmerksam gemacht worden, und gibt weiters an, niemals irgend welche Beschwerden beim Sprechen verspürt zu haben, nur beim Schlingacte der früher durchaus normal war, sollen in der letzten Zeit Schmerzen bestehen. Eine rasche und undeutliche Sprechweise habe sie schon immer.

Status. praesens. 7. Februar 1889.

Kleine, gut genährte und ziemlich kräftige Person. Der objective Befund an den visceralen Organen des Thorax und Abdomen zeigt normale Verhältnisse. Puls rhythmisch kräftig, durchschnittlich 80 pro Minute. Die Patientin geistig vollständig normal entwickelt, spricht sehr rasch und undeutlich, zeigt jedoch sonst keinerlei Sprachstörung.

Der Gang der Patientin ist vollständig normal, kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Die Patellarreflexe sehr lebhaft, die übrigen Sehnen, wie Hautreflexe, durchweg in normaler Weise nachweisbar.

Im Gesichte die Stirn, wie die Naso-Labialfalten beiderseits gleich und auch beim Blick nach Aufwärts, Stirnrunzeln, Lachen, Heben der Oberlippe, Pfeifen und Blasen, ein Unterschied zwischen den beiden Gesichtshälften nicht nachweisbar.

Die Augenmuskeln beiderseits normal functionirend, die Pupillen mittelweit, reagiren sowohl auf Lichtreiz, wie bei Convergenz der Bulbi prompt. Der Gesichts-, Gehörs- und Geruchssinn beiderseits nicht

alterirt; die ophthalmoscopische Untersuchung erweist normale Verhältnisse des Augenhintergrundes auf beiden Seiten. Ebenso ist auch die Sensibilität im Gesichte und am behaarten Schädel an allen Stellen durchwegs normal.

Fordert man die Patientin auf ihre Zunge zu zeigen, so streckt sie dieselbe nach rechts gekrümmt mit der Spitze nach derselben Seite hin aus und man constatirt sofort eine auffällige Runzelung und Kleinheit der rechten Zungenhälfte gegenüber der linken.

Die Erstere erscheint von mehreren grösseren und kleineren Furchen durchzogen, ist viel schlaffer, kleiner als die linke und zeigt an ihrer Oberfläche ein sehr deutliches fibrilläres Flimmern. Untersucht man die Zunge palpatorisch, so tritt die Differenz zwischen beiden Zungenhälften noch deutlicher hervor, indem die linke sich vollkommen derbe und fest anfühlt, die rechte jedoch nicht nur viel dünner erscheint, sondern auch bedeutend schlaffer und weicher anzufühlen ist. Öffnet die Patientin den Mund ohne die Zunge vorzustrecken, so ist die Spitze derselben nach der gesunden Seite hin gerichtet. Die Bewegungen mit der Zunge nach oben und rechts vermag die Pat. nur unvollkommen auszuführen, während dieselben nach links und vorne gut gelingen. Die Sensibilitätsprüfung für tactile Reize, für Berührung mit einer Nadelspitze, sowie auch für warme und kalte Gegenstände lässt keinen Unterschied zwischen rechts und links auf der ganzen Zungenoberfläche erkennen, ebenso erweist auch eine Prüfung des Geschmacksinnes mit concentrirter Chinin- und Saccharinlösung und verdünnter Essigsäure, dass die genannten Stoffe rechts, so gut wie links und gleich rasch erkannt werden. Die electricische Untersuchung der Zungenmuskulatur ergab folgende Resultate:

		Erste Contraction bei Rollenabst.	1. KSZ	1. ASZ	Zuckungen durchwegs kurz, blitzartig.
N. hypoglossus d.		95 cms	2 MA	2½ MA	
„ sin.		95 „	2 MA	2½ MA	
Zungenhälfte r.		130 „	1½ MA	2 MA	
„ l.		130 „	1½ MA	2 MA	

Der weiche Gaumen wie die Uvula nicht geröthet, werden bei der Phonation beiderseits gleich stark gut gehoben. Die Sensibilität im Pharynx, sowie in der Mundhöhle vollkommen intact.

Die laryngoskopische Untersuchung ergab Folgendes: Neben einer beträchtlichen Röthung und Schwellung beider wahren Stimmbänder besteht noch eine, wenn auch nicht hochgradige, so doch sicher nachweisbare Parese des rechten Stimmbandes in der Weise, dass dasselbe sowie der rechte Aryknorpel bei der Phonation nur geringgradigere Excursionen macht, als die gleichen Gebilde der linken Seite, so dass einerseits die Stimmritze einen nach rechts hin offenen kleinen dreieckigen Spalt bildet, andererseits der rechte Aryknorpel etwas tiefer steht, als der linke. Eine Sensibilitätsprüfung mit der Kehlkopfsonde erweist die Sensibilität in allen Theilen des Larynx normal, so dass eine Berührung des rechten oder des linken Stimmbandes, sowie auch

der Aryknorpel nicht nur empfunden wird, sondern auch sofort heftige Hustenstösse auslöst.

Die Muskulatur des ganzen Körpers, speciell die Mm. trapezii sowie die kleinen Handmuskeln vollständig normal.

Der Harn und Stuhl werden spontan abgesetzt. Ersterer enthält keine abnormen Bestandtheile; letzterer etwas angehalten.

Ein Ueberblick über den beschriebenen Befund erweist, dass in dem mitgetheilten Falle ausser der erwähnten hochgradigen Atrophie der rechten Zungenhälfte und der Veränderungen im Kehlkopf nichts Abnormes zu constatiren war. Die Schlingbeschwerden und Halsschmerzen erklären sich bei Mangel entzündlicher Veränderungen im Pharynx und an den Tonsillen ungezwungen aus dem bestehenden intensiven Katarrh der Kehlkopfschleimhaut. Was nun die Veränderungen an der rechten Zungenhälfte anlangt, so entsprechen sie in allen Stücken denjenigen, welche man gewohnt ist, bei der progressiven Bulbärparalyse über die ganze Zunge ausgebreitet zu finden. Die Runzelung derselben, sowie das fibrilläre Muskelfimmern sind Erscheinungen, welche bei jener Krankheit an der ganzen Zunge selten fehlen. Die Halbseitigkeit der Affection in unserem Falle, verbunden mit normaler Erregbarkeit der Zungenmuskulatur, des entsprechenden Nerven und der blitzartige Zuckungstypus lässt uns mit Sicherheit eine periphere Läsion des N. hypoglossus d. ausschliessen und den Sitz der Erkrankung in den rechten Hypoglossuskern in der Med. oblongata verlegen. Auch der Mangel jeglicher Sensibilitätsstörung auf der Zunge scheint diese Annahme zu bekräftigen, da nach Lewin's¹⁾ Untersuchungen der Hypoglossus erst während seines extracerebralen Verlaufes sensible Fasern führt, eine Zerstörung eines Kernes deshalb diese intact belassen muss. Eine besondere Besprechung erheischt der Kehlkopfbefund insofern, als die bei demselben notirte Parese des rechten Stimmbandes bezüglich ihrer Bedeutung wegen des bestehenden Katarrhs für's erste nicht vollständig klar erscheint. Ob dieselbe als Folge der bestehenden Endzündung aufzufassen ist, oder die Letztere bei schon bestehender Parese des rechten Stimmbandes hinzutrat, ist wohl mit Sicherheit nicht zu entscheiden, doch scheint mir die anamnestische Angabe der Patientin, dass sie schon lange Zeit eine raue Stimme besitze, sowie der Umstand, dass die Lähmung nur einseitig und gerade rechts sitze, es doch sehr wahrscheinlich zu machen, dass die Parese dieses Stimmbandes gleich der Zungenhemiatrophie centralen Ursprunges sei. Wenn wir also in dem beschriebenen Falle uns gedrängt sahen, eine nucleäre Läsion des rechten Hypoglossuskernes, wahrscheinlich im Verein mit einer partiellen Läsion des rechten Vaguskernelnes anzunehmen, so würde noch der Charakter derselben zu bestimmen sein. Bezüglich dieses Punktes können unsere Schlüsse bei Fehlen sonstiger Anhaltspunkte sich natürlich nur auf hypothetischem Boden bewegen. Ob bei sonstigem Fehlen von Symptomen von Lues, einer chronischen Intoxication, oder einer Erkrankung des Centralnervensystems eines der angeführten Momente

¹⁾ Charité-Annalen VIII. p. 602.

trotzdem in unserem Falle die Ursache für die bestehenden Veränderungen abgab, ist zu erörtern müßig, nur auf ein Moment, welches vielleicht einen Anknüpfungspunkt diesbezüglich enthält, sei hier aufmerksam gemacht, das ist die in der Krankengeschichte notirte auffällige Lebhaftigkeit der Patellarreflexe.

Unwillkürlich wird man durch diesen Befund auf den Gedanken einer vielleicht beginnenden Erkrankung der nervösen Centralapparate gelenkt, wenn auch sonstige Symptome derselben bislang fehlen. — Der mitgetheilte Fall von Hemiatrophia linguae reiht sich den in der Literatur verzeichneten Fällen mit nucleärer Erkrankung der Hypoglossuskerne vollkommen an, und dürfte wegen der Geringgradigkeit der sonst beobachteten Störungen am meisten dem von Hirt¹⁾ publicirten Falle gleichen.

Am 24. Februar d. J. wurde die Patientin gebessert entlassen. Nachdem sich die Laryngitis unter Behandlung mit Inhalationen wesentlich gebessert hatte, die rechtsseitige Stimmbandparese jedoch noch fortbestand, hat die oben ausgesprochene Vermuthung über die Natur dieser Lähmung an Wahrscheinlichkeit gewonnen.

491) C. Eisenlohr (Hamburg): Zur Pathologie der syphilitischen Erkrankungen der Hinterstränge des Rückenmarks.

(Sep.-Abdruck aus der Festschrift zur Eröffnung des neuen Allgem. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf, Hamburg 1889.)

Verf. theilt ausführlich zwei Fälle von sogenannter „atypischer Tabes“ mit, welche Lues in der Vorgeschichte, aber post mortem nicht die systematische Erkrankung der Hinterstränge zeigten. Bei der Wichtigkeit, die solche Fälle haben, sei hier etwas genauer auf die pathologisch-anatomische Seite, die Verf. mit vorzüglicher Sachkenntniß bearbeitet, eingegangen.

Der erste Fall betraf einen 1887 im 59. Jahre stehenden Kaufmann, welcher 1850 inficirt, anfänglich keiner Allgemeinbehandlung unterzogen wurde. Beginn der spinalen Symptome 1868. 1871 neuralgische Attacken im l. Ischiadicus. 1882 Parästhesie in den Händen und ziehende Schmerzen längs der Vorderarme. Cerebrale Symptome: Zittern, Schwindel, Neigung zu Gesichtshallucinationen beim Erwachen. Schwäche der Beine beim Gehen. Septbr. 1882. Plötzlich Doppelsehen, durch Parese des rechten n. abducens bedingt. Abnahme der Sehkraft. Ophthalmoscopisch: rechts centrales Skotom, Atrophia n. optici incipiens. Innervations- und Strychninkur besserten die Augensymptome, Amblyopie blieb. Schwerhörigkeit bestand seit nicht zu eruirender Zeit. Stehen auf einem Fusse unmöglich, Schwanken bei Augenschluss. Patellarreflex fehlt beiderseits. Potenz seit 10 Jahren erloschen. 1885 heftige neuralgische Schmerzen. 1887 Störungen beim Harnlassen und bei der Defäcation. Deutliche Incoordination der Bewegungen beim Fixiren mit den Fußspitzen etc. Gang sehr unsicher. Sensibilität für Schmerzindrücke an beiden unteren Extremitäten stellenweise sehr

¹⁾ Berliner klin. Wochenschrift 1885, Nro. 26.

herabgesetzt. Am Bauch und Rücken hypalgische Parthien. Patellar-Reflex schwer auszulösen, aber vorhanden, links besser als rechts. Es entwickelt sich rasch Parese der unteren Extremitäten, die Patellar-Reflexe erlöschen vollkommen; nach einer Besserung der Motilität in Folge galvanischer Behandlung, traten die gastrischen Symptome in den Vordergrund (Magencarcinom). Exitus 24. April 1887.

Aus der Section sei hier wiedergegeben:

Geringe Trübung und Verdickung der Pia cerebri. Arteria basilaris, Endstück der Carotiden, art. vertebrales mit grossen, ringförmigen, gelbweissen Einlagerungen und Verdickungen der Wand. Gehirn normal. Linker Acusticus grau, gelatinös, weicher als normal. Pia spinalis *nur* an der hinteren Fläche stark verdickt und getrübt durch die ganze Länge des Rückenmarks. Verdickung an einzelnen Stellen scharf begrenzt, Gummigeschwülste darstellend. Ein sehr kleines liegt im Niveau des obersten Dorsaltheils, ein etwa linsengrosses in der Höhe der 8. Dorsalnervenwurzel.

Microscopisch bestand der linke Acusticus aus einem Gewirr von feinen Glia-ähnlichen Fasern mit vielen corp. amylacea. Breite, mosaikartig aus Rundzellen gebildete Stränge repräsentiren kleine Gefässbahnen.

In mit Chromsalz gehärteten Präparaten zeigte sich, dass in der Höhe des 8. hinteren Dorsalwurzelpaares in die verdickte Pia der kleine Tumor sich eingeschoben, mit der hintern Peripherie des Rückenmarks und der hintern Wurzel der rechten Seite verschmolzen war, und dass das ganze Areal der Hinterstränge mit Ausnahme eines schmalen, der hinteren Commissur und der Basis der Hinterstränge anliegenden Streifens verfärbt, d. h. degenerirt war. Die Degeneration ging aber beiderseits über die Grenze der hinteren Wurzeln auf kleine den letzteren anliegende Abschnitte der Seitenstränge über. 1 Ctm. nach abwärts ist jedoch nichts mehr davon zu sehen: nach oben nimmt das Degenerationsfeld in der Weise ab, dass zunächst eine breitere intacte Zone der Hinterstränge längs der Basis der hinteren Wurzeln und der hinteren Commissur erscheint, so dass ebenfalls 1 Ctm. nach oben nur noch eine schmale Degenerationszone sichtbar ist. Die hinteren Wurzeln, speciell rechterseits, sind in einem Theile ihrer Faserbündel in die Degeneration einbezogen. Die Pia überall stark verdickt, aus kernarmen Faserzügen bestehend. —

Der zweite Fall betraf einen 42 jährigen Bierbauer, welcher 1866 syphilitisch inficirt war. Zwei Schmierkuren. In den letzten Jahren neuralgische, plötzlich auftretende Schmerzen an verschiedenen Körpertheilen, mehr fixe Schmerzen in den Extremitäten. Seit 3—4 Jahren Parästhesien, Taubheitsgefühl, besonders der Hände, Ungeschicklichkeit derselben. Zeitweilig Unsicherheit des Ganges. Urinentleerung erschwert. Gang nicht auffallend, kein Romberg'sches Symptom.

Grobe Kraft in Schultermuskeln und Fingerbeugern herabgesetzt. Auffallend ist das Unvermögen, die rechte wie die linke Hand mit geradgestreckten Fingern zu halten — es besteht Ataxie der Bewegungen. Cutane Sensibilität ist enorm herabgesetzt, besonders für

feinere tactile Reize. Ebenso gegen Schmerzindrücke; an einzelnen Stellen der Hand Verspätung der Schmerzempfindung. Gefühl für passive Stellungsveränderungen des Körpers hochgradig herabgesetzt. Tri-ceps- und Vorderarmreflex fehlt beiderseits. Strecken unmöglich. Deutliche Herabsetzung der Tast- und Schmerzempfindung am Rumpf. Patellarreflex vorhanden. Zunehmender Kräfteverfall mit psychischer Schwäche; hartnäckige Durchfälle, stärkere Störungen der Harnentleerung. Oedeme, Decubitus, Tod 24. Januar 1887.

Aus der Section sei hier hervorgehoben:

Pia der Convexität des Grosshirns überall getrübt, theilweise verdickt. Arterien unverändert. Pia spinalis im oberen Halstheil mit der Dura fest verwachsen, beide Häute hier stark verdickt. Pia durch die ganze Länge des Rückenmarks getrübt und verdickt. In der trischen Substanz des Rückenmarks, im Halstheil und oberen Dorsaltheil Degeneration der Hinterstränge. Auch im rechten Vorderstrang ein scharf begrenztes degenerirtes Feld, eine schmale Banddegeneration im rechten Seitenstrang. Hinsichtlich der Intensität der Erkrankung an den ergriffenen Abschnitten ist zu bemerken, dass in diesem Falle wie in dem vorigen eine auffallende Vollständigkeit des Untergangs aller nervösen Faserelemente zu verzeichnen ist. —

Nach der von Jürgens aufgestellten Nomenklatur hätte in Fall I. eine Pachymeningitis et Arachnitis spinalis chronica fibrosa et gummosa und Myelitis interstitialis chronic. fibrosa diffusa, in Fall II eine Pachymeningitis et Arachnitis spinal. fibrosa und Myelitis interstitialis chronic. fibrosa diffusa syphilitica vorgelegen. Eine ausgeprägte charakteristische Erkrankung der Rückenmarksgefässe war nicht vorhanden. Die Genese der Rückenmarkserkrankung knüpft in beiden Fällen an die chronische Meningitis spinalis an, im Fall 1 hängt die Degeneration mit der beschriebenen Gummabildung zusammen, in Fall 2 nimmt sie ihren Ausgang von der im Halsmark am stärksten ausgesprochenen Alteration der Pia. Die in beiden Fällen vorwiegende Betheiligung der Hinterstränge ist von besonderer Bedeutung.

Die rasche Verschlimmerung im klinischen Verlaufe des ersten Falles sowie anatomisch das massenhafte Auftreten von Körnchenzellen sprechen dem Verf. dafür, dass ein wesentlich neuer subacuter Process einige Wochen vor dem Tode Platz gegriffen hat. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass die an der betreffenden Stelle viel intensivere schwellige Verdickung der Pia schon viel früher zu Veränderungen in den Hintersträngen geführt hatte und das schliessliche anatomische Bild einem myelitischen Nachschub seine Entstehung verdankte. Auffallend ist die geringfügige Entwicklung der secundären Degeneration der Goll'schen Stränge und mit allem was pathologisch-anatomisch bekannt ist, in einigem Widerspruch stehend. Die Degeneration des I. N. acusticus ist wohl von der Veränderung der Pia unabhängig und ihre spezifische Natur wahrscheinlich.

Im 2. Falle finden sich Symptome der seltenen Form einer Tabes cervicalis (Martius, Bernhardt). Freilich zeigen anatomisch sich die periphere Zone der Hinterstränge und in mehr zufälliger Weise

die Wurzelzonen erkrankt; mit letzterer müssen die Symptome der Tabes in Verbindung gebracht werden.

Es handelt sich demnach in den beiden Fällen um eine von einer spezifischen chronischen Menigitis ausgehende, ganz überwiegend in den Hintersträngen localisirte Rückenmarkserkrankung, die grosse Aehnlichkeit mit der Tabes zeigte. Für oder gegen die syphilitische Natur der Tabes entscheiden sie natürlich nichts. Aber sie illustriren sehr gut die Thatsache, dass bei Tabes sehr ähnliche von Syphilis abhängige Krankheitsbilder vorkommen, deren anatomische Bedingungen trotz ähnlicher Localisation ganz verschieden sind.

Goldstein.

492) **Rudolph v. Hoesslin:** Beiträge zur diagnostischen Gesichtsfeldmessung bei Neurosen. (II. Aerztlicher Bericht der Privatheilanstalt Neuwittelsbach. München 1888.)

In seiner Arbeit über neurasthenische Asthenopie erwähnt Wilbrand (Archiv für Augenheilkunde Bd. XV.) unter den verschiedenen Erscheinungen, welche eine Neigung zur leichten Ermüdbarkeit des nervösen Sehapparates documentiren, besonders auch die eigenthümliche Form der Gesichtsfeldeinengung, welche bei einer Gruppe von Kranken in der Weise auftritt, dass das Gesichtsfeld im Beginn der Untersuchung kaum verengt erscheint, während bei den später untersuchten Meridianen durch Uebermüdung des Auges eine Einschränkung gefunden wird. Das G. F. dieser ersten Gruppe stellt sich in den meisten Fällen als normales dar, wenn so untersucht wird, dass das Auge nicht ermüdet. Bei der zweiten Gruppe von Kranken ist bereits im Beginn der Untersuchung eine beträchtliche Einengung des Gesichtsfeldes vorhanden. In diese letzte Gruppe von Wilbrand fallen fast ausschliesslich Kranke mit schweren Formen von Hysterie und Hallucinantien. Es ist zu bemerken, dass das Krankenmaterial, mit welchem Wilbrand arbeitete, zum grössten Theil aus Psychosen und nur zum geringsten Theil aus einfachen Neurasthenieen bestand.

Kurznach Wilbrand beschäftigten sich Thomsen und Oppenheim (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1884) mit dem Thema der concentrischen Gesichtsfeldeinengungen; während dieselbe hauptsächlich von französischen Autoren ebenso, wie die übrigen sensorischen Anaesthesieen als charakteristische und fast pathognostische Merkmale der Hysterie angesehen wurden, kamen die beiden Autoren bei einer genauen Prüfung der von der französischen Schule gemachten Beobachtungen zu dem Schlusse, dass die sensorischen Anaesthesieen und Hemianaesthesieen — welche letztere überhaupt nicht in des Wortes strenger Bedeutung bestehen — nicht charakteristisch für Hysterie seien, sondern bei vielen andern Krankheiten des centralen Nervensystems gefunden würden. Als constantes Symptom der sensorischen Anaesthesie bezeichnen sie die beiderseitige concentrische Gesichtsfeldeinengung. Die beiden Autoren konnten die sensorischen Anaesthesieen bei folgenden Neurosen constatiren: Epilepsie, Hysterie, Hystero-Epilepsie, Alkoholismus, Nervosität, Neurasthenie, Angstzuständen,

Chorea, ferner bei Railway-Spine, multipler Sclerose, sowie bei verschiedenen Gehirnkrankheiten und Psychosen.

Hiemit wurde natürlich der differenzialdiagnostische Werth der Gesichtsfeldmessung sehr eingeschränkt und es erging somit derselben ebenso, wie manchem anderen diagnostischen Hilfsmittel in der Neuro-pathologie, das lang ersehnt, endlich gefunden, aber dann wieder als nicht stichhaltig verworfen wurde.

Um einen Anhaltspunkt zu gewinnen, in welchem Verhältniss die sensorischen Anaesthesien bei Hysterie und bei anderen Neurosen vorkommen, machte Verfasser bei einer grösseren Reihe von Kranken derartige Untersuchungen. Da die concentrische Gesichtsfeldeinengung unter den sensorischen Anaesthesien am häufigsten vorkommt, so beschränkt sich Verf. in seiner Arbeit auf die Mittheilung der Ergebnisse der perimetrischen Untersuchungen, welche ausser für Weiss auch für Blau, Roth und Grün vorgenommen wurden.

Es wird nicht genügen, die Gesichtsfeldgrenzen nur in einem Quadranten zu messen, da die Einengung wiederholt keine gleichmässig concentrische ist, sondern in einer Richtung relativ viel bedeutender, als in einer anderen sein kann. Die Bestimmung des Gesichtsfeldes für die einzelnen Farben geschah erstens deswegen, weil Charcot gerade die Verschiebung der Farbengrenzen als charakteristisch für die hysterische Anaesthetie bezeichnete, ferner, weil die Fasern des Sehnerven, die weissen Strahlen noch gut percipiren können, während die Fähigkeit der Netzhaut, in den peripheren Theilen durch die Farben erregt zu werden, schon erloschen sein kann. Die stärkste Energie des Farbensinns gehört zur Empfindung von Grün, die schwächste zur Empfindung von Blau. (Schön, die Lehre vom Gesichtsfeld.) Dementsprechend ist auch die Reihenfolge der Gesichtsfelder des gesunden Auges und dementsprechend werden wir auch sehr häufig starke Einengung für Grün finden, wo die Grenzen für Weiss und Blau nahezu normal sind.

Die sämmtlichen Untersuchungen wurden an einem Perimeter von Förster vorgenommen.

Die Zahl der in oben angeführter Richtung untersuchten Kranken betrug 69 und wurden natürlich die Kranken so oft wie möglich einer wiederholten perimetrischen Untersuchung unterworfen. Unter den untersuchten Kranken litten

an Neurasthenie, Depressions- und Angstzuständen	36,
an Hysterie	12,
an Epilepsie	5,
an Intestinalneurosen	12,
an den Folgen starker Masturbation	2,
an Paralysis agitata und halbseitiger Sympathicus-	
paralyse je	1 Kranker.

Die Untersuchung der an *Hysterie* erkrankten Personen (10 Frauen, 2 Männer) ergab ausnahmslos Veränderungen des perimetrischen Bildes der Gesunden und zwar fand sich

1. concentrische Gesichtsfeldeinengung verschiedenen Grades für Weiss.
2. concentrische Gesichtsfeldeinengung verschiedenen Grades für die Farben.
3. Verschiebung der normalen Reihenfolge der Farben.

Diese drei Abweichungen kamen entweder einzeln oder, was noch häufiger war, unter sich combinirt zur Beobachtung.

Die concentrische Gesichtsfeldeinengung war *meist auf dem einen Auge hochgradiger, als auf dem andern*. Eine Proportion zwischen Intensität sowie Dauer der Erkrankung einerseits und der Gesichtsfeldeinschränkung andererseits liess sich nicht immer nachweisen, indem bei seit wenig Wochen bestehender und rasch in Heilung ausgehender Krankheit die Einengung wiederholt eine sehr bedeutende war, während umgekehrt in einzelnen Fällen bei lang andauernder, immer wieder recidivirender Erkrankung die Einengung sowohl für Weiss als für die Farben eine verhältnissmässig geringe blieb. Auch kam es vor, dass die Gesichtsfeldeinengung auf der Höhe der Krankheitserscheinungen eine geringere war als zu dem Zeitpunkte, wo die Kranken nach Aufhören aller Beschwerden die Anstalt verliessen. Aber allerdings auch der umgekehrte Fall, dass mit der Heilung die Gesichtsfeldeinengung abnahm, wurde beobachtet.

Am constantesten wurde eine concentrische Einengung des Gesichtsfelds in denjenigen Fällen gefunden, in welchen hysteroepileptische Anfälle, welche mit kürzeren oder längeren Bewusstseinsverlusten einhergingen, vorhanden waren. Dass ein genauer Parallelismus zwischen Weite des Gesichtsfelds und Grad der Intactheit der Psyche bestand, wie dies R. Thomsen (Charité-Annalen 1888) angibt, konnte nicht für alle Fälle constatirt werden, im Gegentheile liess sich bei einigen Hysterischen mit ausgesprochen psychischen Symptomen eine geringe concentrische Einengung nachweisen, während bei anderen Kranken, welche ausser mässiger psychischer Depression fast ausschliesslich somatische Beschwerden hatten, eine bedeutende Einengung vorhanden war, so dass sich in dieser Beziehung eine Gesetzmässigkeit nicht feststellen liess.

Die Begründung vorstehender Auseinandersetzung liegt in den Krankengeschichten von denen wir hier einige typische nur ganz kurz skizziren.

1. Frau von 24 Jahren. Genitalien krank. Hystero-epileptische Anfälle, mit stundenlanger Bewusstlosigkeit und Convulsionen der Extremitäten, tetanische Krämpfe des Rumpfes, täglich 1 und mehrmal. Psychische Depression. Hochgradige G. E. für Weiss. G. F. für Blau war im Verhältniss zu Weiss nicht stärker eingeschränkt und Roth und Grün berührten oder kreuzten an mehreren Punkten die Blaugrenze. Die Kranke genas, doch blieb die G. F. im Grossen und Ganzen eingeengt wie zu Anfang.

2. Frau von 23 Jahren wird ohne wesentliche Veranlassung depressirt, machte sich unbegründete Vorwürfe, verlor die Lust an ihrem Haushalte, weinte viel. Während sich nun die Gemüthsstimmung in

einigen Wochen besserte, stellten sich asthmatische Beschwerden und clonische Krämpfe der Extrem. ein, 15—30 Minuten dauernd und mit völligem Bewusstseinsverlust verbunden. Keinerlei körperl. Veränderung nachweisbar, auch die Stimmung ist ziemlich gut, heiter. Beiderseitige Ges. Einengung für Weiss, etwas stärker für alle Farben. Heilung unter Wegbleiben der Anfälle und mit Gewichtszunahme. Trotzdem war die Einengung für Weiss und die Farben eine stärkere geworden als sie bei Aufnahme der Pat. war.

Ref. hat diese 2 Krankengeschichten ausgewählt, um daran eine Bemerkung zu knüpfen: die G. E. bei Hysterie ist immer oder doch fast immer eine sehr dauerhafte und pflegt meistens fortzubestehen, wenn die psychisch-hysterischen oder convulsiv-hysterischen Symptome schon längst verschwunden sind. Diese Eigenthümlichkeit ist diagnostisch verwertbar. Obgleich bei Hysterie concentr. G. E. vorkommt, ist es doch absolut gegen jede Logik, die Sache umzudrehen, und nun zu sagen: Wenn concentr. G. E. gefunden wird, dann liegt Hysterie vor. Trotzdem wird dieser Trugschluss gemacht, obwohl weder ein psychisches noch ein convulsives, noch irgend ein anderes Symptom für Hysterie spricht. Häufig wiederholte perimetr. Untersuchung kann hier Klarheit schaffen. Einfache Ermüdungs-Einengungen gehen schon nach 8 bis 14 Tagen unter körperlich und psychisch roborender Behandlung weg; hysterische G. E. bleibt Monate — selbst Jahre lang bestehen.

Bei 5 Fällen von Epilepsie fand Verf. keine G. E. Ebenso nicht bei je einem Falle links. Sympathicuslähmung mit Gefässerweiterung der linken Gesichtshälfte, Myosis und Ptosis; ferner auch bei einem Falle von Paralysis agitans. Dagegen fand sich hochgradige G. E. bei einem Falle von hyster. Tremor.

Ei einer Reihe von Neurosen des Intestinaltractus bietet die Differenzialdiagnose zwischen einem organischen und einem nervösen Magendarmleiden grosse Schwierigkeiten; so führt z. B. die bei manchen besonders weiblichen Kranken häufig vorkommende starke Druckempfindlichkeit der Magengegend in Verbindung mit Störungen der Secretion oder der Digestion manchmal zur Annahme eines ulcus ventriculi, während der weitere Verlauf eine Neurose des Magens wahrscheinlicher erscheinen lässt. Ebenso sind oft Darmneurosen schwer als solche zu erkennen und verlaufen unter dem Bild des chronischen Darmcatarrhs, eventuell auch unter dem Bilde einer Darmstenose.

Hier würde natürlich der Nachweis der bei Neurosen vorkommenden Gesichtsfeldveränderungen werthvolle Anhaltspunkte bieten. Um hierüber Aufschluss zu erhalten, wurden bei 12 Kranken, bei welchen durch längere Beobachtung und Behandlung die Diagnose einer Neurose gesichert war, die Gesichtsfeldmessung vorgenommen. Das Resultat war folgendes.

Keine Veränderung des Gesichtsfelds fand sich bei 4 Kranken mit nervöser Dyspepsie, Hyperästhesie der Magengrube und Darmneurosen.

Eine mässige Einengung für Weiss und die Farben fand sich 4 mal bei gleicher Affection, wobei immer Grün absolut und relativ

am stärksten eingeengt war. Starke Einschränkung für Roth bei sonst normalem Gesichtsfeld fand sich 3 mal in Folge von angeborener Rothblindheit bei Kranken mit Schwindel, nervöser Dyspepsie und nervösem Erbrechen.

Einschränkung für Weiss und Kreuzung von Grün mit Blau und Roth fand sich einmal.

Es fanden sich also hier die gleichen Veränderungen, wie bei Hysterie, nur waren dieselben bei den intestinalen Neurosen weniger constant und weniger hochgradig, als dort.

Die angestellten Messungen erstreckten sich ferner auf Kranke, welche an anderen, nicht näher localisirten Neurosen, an acquirirter und hereditärer Neurasthenie, an Depressions- und Angstzuständen, Nervosität, Schlaflosigkeit u. s. f. litten. Das aus den Untersuchungen von 36 Kranken dieser Kategorie gewonnene Material ergab folgende Resultate:

Eine wesentliche concentrische Einengung für Weiss wurde nie gefunden, [stärkste Einengung (75°)]. Eine stärkere Einengung für einzelne Farben, besonders für Grün, wurde 11 mal constatirt und zwar ging die Blaugrenze bis zu (30°), die Rothgrenz zu (25°) und die Grüngrenze bis zu (10°) zurück.

Als Gesamtergebniss der bei 69 Kranken vorgenommenen Gesichtsfeldmessungen ergibt sich:

Bei Hysterie wurden constant mehr oder wenig bedeutende Veränderungen des Gesichtsfeldes gefunden.

Bei Intestinalneurosen waren diese Veränderungen weniger constant und weniger hochgradig, als bei der Hysterie.

Bei Epilepsie, Neurasthenie und den anderen untersuchten Neurosen beschränkte sich die Veränderung des Gesichtsfeldes auf Dyschromatopsie und auch diese wurde nur vereinzelt oder in geringem Grade entwickelt angetroffen.

Von der bei materiellen Erkrankungen vorkommenden Gesichtsfeldeinengung unterscheidet sich die bei functionellen Neurosen vorkommende durch das Fehlen sectorenförmiger Defecte.

Dass die concentrische Gesichtsfeldeinengung auch bei anderen Neurosen, als bei der Hysterie vorkommt, ist a priori naheliegend wenn man dieselbe wesentlich als eine Ermüdungserscheinung auffasst, wofür besonders die Untersuchungen von Wilbrand sprechen, welcher zeigt, wie in leichteren Fällen eine Gesichtsfeldeinengung nur in denjenigen Meridianen eintritt, welche zuletzt untersucht werden, respective bei der Untersuchung eines Meridians in bestimmter Richtung in dem zuletzt untersuchten Abschnitt des Meridians das Gesichtsfeld beschränkt ist, während in schweren Formen diese Einschränkung schon im Beginn der Untersuchung vorhanden ist. Für die Anschauung, dass die beschriebene Gesichtsfeldeinengung nur als Ermüdungsphänomen aufzufassen ist, spricht besonders auch der Umstand, dass die Kranken auch bei einer sich als sehr hochgradig darstellenden Einengung des Gesichtsfeldes das Orientirungsvermögen im Freien nicht eingeüsst haben,

während dies nothwendiger Weise der Fall sein müsste, wenn die Einengung mehr als eine functionelle Störung zu bedeuten hätte.

Warum gerade bei der Hysterie diese Ermüdung eine hochgradigere ist, als bei anderen Neurosen, ist nicht zu entscheiden. Dass aber die Gesichtsfeldeinengung bei der Hysterie im Verhältniss zu den übrigen untersuchten Neurosen viel bedeutender ist, ist eine aus obigen Beobachtungen wiederum hervorgehende längst bekannte Thatsache. Wenn in den Fällen von Epilepsie wesentliche Einengungen nicht gefunden werden konnten, so wird dies lediglich in dem Material des Verf.'s liegen. Warum die von Thomsen und Oppenheim bei Neurasthenie beobachteten Veränderungen bei den Kranken des Verf. nur andeutungsweise vorkamen, ist schwerer zu verstehen; auch Thomsen und Oppenheim betonen, dass sie wiederholt die sensorische Anaesthesie in Fällen vermissten, wenn sie bei analogen Krankheitszuständen dieselbe ein anderes mal nachweisen konnten und sind nicht in der Lage, dann für das Fehlen oder Vorhandensein ein bestimmtes Gesetz aufstellen zu können. Gewisse nervöse Beschwerden, als Kopfdruck, Schwindel, Ohrensausen, Schlaflosigkeit, Zittern, allgemeines Schwächegefühl, gemüthliche Verstimmung, Reizbarkeit, vor allem aber innere Unruhe und vorstellungslose Angst kommen nach den genannten Autoren besonders oft mit der sensorischen Anaesthesie in Verbindung vor; gerade dies waren auch die Symptome, an welchen die vom Verf. untersuchten Kranken, welche unter der Rubrik Neurasthenie zusammengefasst sind, gelitten hatten und dementsprechend wäre auch bei diesen Kranken häufiger eine concentrische Gesichtsfeldeinengung zu erwarten gewesen. Thomsen und Oppenheim geben kein Zahlenverhältniss an, in welchem die positiven und negativen Resultate der perimetrischen Untersuchungen bei Neurasthenikern stehen, jedenfalls fanden auch sie die sensorische Anaesthesie hier viel seltener als bei der Hysterie, bei welcher sie dieselbe unter 28 Kranken nur zweimal nicht feststellen konnten.

Wenn Verf. zum Schluss der Perimetrie für die Diagnostik eine doppelte Bedeutung beimessen will, eine allgemeine und specielle, so kann ich ihm im letzten Punkte nicht beistimmen. Dass der Befund einer für Weiss und Farben bestehenden G. E. bei im Uebrigen normalen Augen das Vorhandensein einer Neurose beweist, darüber kann nicht gestritten werden. Aber für eine Differentialdiagnose allein verwerthbar scheint mir vorläufig die G. E. nicht. Ich habe schon darauf hingewiesen, dass es unzulässig ist, zu sagen: weil bei Hysterie in der übergrossen Zahl der Fälle conc. G. E. gefunden wird, darum spricht conc. G. E. nur für Hysterie. Und wenn man sich die Verhältnisse bei der traumat. Neurose vergegenwärtigt, die nebenbei bemerkt in des Verf.'s Arbeit nicht erwähnt wird, dann wird man den differentialdiagnostischen Werth der G. E. noch geringer taxiren.

Erlenmeyer.

493) **Schaffer**: Neuere Beitrag zum klinischen und patho-histologischen Bilde der Lyssa. (Ovrosi Hetilap 1889, Nro. 31. — Excerpt. nach dem pester med. Arch. Pr. 1889, 39.)

Mit dieser seiner Abhandlung wünscht Sch. in zweifacher Richtung zur Lehre der Lyssa beizutragen. Einerseits möchte er eine derartige Gruppierung der Symptome geben, wie sie sich aus der Fortpflanzungsweise des Lyssavirus ableiten lässt; andererseits gedenkt er die pathologische Anatomie, resp. die path. Histologie der Lyssa durch die auf Grund eigener Untersuchungen gewonnenen Daten zu ergänzen.

Die Symptomenreihe der manifesten Lyssa ist folgende:

1. Symptome die auf entzündlichen Reiz der med. obl., auf deren gesteigerte Erregbarkeit hinweisen; um diese Zeit treten auf: inspiratorische Dyspnoë, Schlingbeschwerden, Salivation, Singultus, Aërophobie auf die geringsten äusseren Reize. In diesem Stadium sind die Pupillen dilatirter als normal, reagieren lebhaft; wie sie jedoch von einem peripheren Reiz getroffen werden, erweitern sie sich sogleich, bald verengern sie sich wieder und dieses Spiel wiederholt sich einigemal, bis sich die Pupillen beruhigen. Nebstdem sind sämmtliche Haut- und Sehnenreflexe enorm gesteigert. Puls und Athmung sind frequent; Hydrophobie.

2. Das Bewusstsein beginnt sich zu trüben, es treten quälende Hallucinationen auf, mit adäquaten Handlungen. Pat. befindet sich in der deliranten Phase und ist es unzweifelbar, dass um diese Zeit ein Reizzustand der Hirnrinde vorliegt. Auch jetzt ist die Reflexibilität gesteigert.

3. Nun treten Motilitätsstörungen auf, bis die Extremitäten nicht mehr die Last des Körpers tragen können, und die Betreffenden liegen ohnmächtig am Boden. Das Bild der Paraplegia lumbalis liegt vor. Die bisher gesteigerte Erregbarkeit lässt nach.

4. Zum Schlusse stellen sich unter profuser Salivation und häufigem Erbrechen Convulsionen ein und das Bewusstsein obnubilirt sich vollkommen. Incontinentia urinae, zuweilen Cheyne-Stokes'sche Athmung, Convulsionen, Tetanus, Tod.

Noch soll angeführt werden, dass die Lyssa eine febrile Erkrankung ist und dass eine beträchtliche Temperatursteigerung dem lethalen Ende vorherzugehen pflegt. Diese praemortale Exacerbation hat demnach prognostischen Werth, gleichwie das Verhalten der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln: die idiomusculären Muskelerröthungen nämlich lassen sich mit dem Herannahen des Todes lebhafter auslösen.

Ueberblickt man die Erscheinungen, dann fällt es alsogleich auf, dass sie zum Theile vom Rückenmark, zum Theile vom verlängerten Marke ausgehen. Es ist nämlich unzweifelbar, dass die sub. 1. angeführten Erscheinungen aus einem entzündlichen Reiz der med. spinalis resp. oblongata entspringen und solchermassen spinale und med. obl.-Erscheinungen sind. Dessgleichen sind spinalen Ursprunges die Paraplegien (3). Die Delirien (2) und Convulsionen (4) hingegen sind jedenfalls Corticalerscheinungen. Aus der Symptomenreihe hinwieder erhellt es einerseits, dass auf die stets primären spinalen Erscheinungen corticale folgen; auf die spinalen und med. oblong.-Erscheinungen die

Delirien, auf die Paraplegien die Convulsionen. Andererseits fällt bei Betrachtung der Qualität der Erscheinungen auf, dass die manifeste Lyssa in ihrem Verlaufe je nach dem Verhalten der allgemeinen Reflexibilität 2 Stadien zeigt. In dem einen ist die Reflexerregbarkeit enorm gesteigert, im andern beträchtlich gesunken, resp. vollkommen geschwunden. Von den 4 Cardinalsymptomen entfallen je 2 auf eines der soeben angeführten Stadien; namentlich entfallen auf das Stadium der gesteigerten Reflexibilität die spinalen und medulla obl.-Erscheinungen und die Delirien, während die Reflexibilität zur Zeit der Paraplegien und Convulsionen beträchtlich gesunken resp. vollkommen aufgehoben ist. Die Paraplegien sind zweifelsohne terminale Erscheinungen des Rückenmarks, die Convulsionen hinwieder corticale Reizerscheinungen, doch um diese Zeit ist auch schon die Rinde von beträchtlich gesunkener Erregbarkeit, hierauf deuten ja die trotz der Convulsionen bestehende Bewusstlosigkeit und der Collaps; nach all' dem sind die Convulsionen gleichfalls terminale Erscheinungen.

Sch. gruppirt demnach die Erscheinungen folgendermaassen:

I. Stadium der Incubation.

II. Stadium der Prodrome.

III. Stadium der gesteigerten Reflexibilität:

a) Spinale und med. obl.-Erscheinungen;

b) Delirien (Rinde).

IV. Stadium der gesunkenen Reflexibilität, der terminalen Erscheinungen:

a) Paraplegien (Rückenmark);

b) Convulsionen (Rinde).

Eine derartige Eintheilung der Erscheinungen basirt auf der Fortpflanzungsweise des Lyssavirus. Aus den Versuchen von Bardach, Cantani, Di Vestea und Zagori weiss man, dass das Gift entlang den Nerven fortschreitet. Sch.'s Eintheilung unterscheidet sich von den bisher üblichen dadurch, dass sie mit der Localisation der Erscheinungen und der Fortpflanzungsrichtung des Virus rechnet.

494) **Eugen Konrád**: Suggestions-Hypnose und Verrücktheit.

(Pester Medicinisch-Chirurgische Presse. Nro. 37, 38. 1889.)

(Schluss.)

Es könnte die Frage auftauchen, ob zwischen der Hypnose und der Verrücktheit bloss ein äusserer, zufälliger Nexus besteht, d. i. ob der Hypnotismus der Verrücktheit bloss einen gewissen Timbre verleiht, (wie in dem angeführten Falle), oder ob zwischen beiden auch irgend ein innerer Nexus besteht. K. ist der Ansicht, dass auch ein innerer Nexus vorhanden ist.

Es giebt eine Quelle, aus welcher Wahnideen direct entspringen. Eine solche Quelle ist die Hallucination, der Einfall, die Zwangsvorstellung. Zwischen Hallucination und Suggestion besteht hier eine Analogie.

Dem Hypnotisirten sagt man ein, er wäre ein Fürst und er glaubt dies und gerirt sich hiernach; diese Wahnidee beherrscht ihn; befiehlt

man ihm, er möge die um ihn herumschleichenden Schlangen vertreiben, so *folgt* er blindlings. Auch einer gewissen Gruppe der Hallucinant *sagt* eine Stimme: Du bist ein Fürst und er *glaubt* dies; es wird ihm zugeflüstert, er möge ein Manifest an das Volk erlassen und er *gehört*. Im Grunde genommen, bewirkt die Hallucination nichts anderes als was der Hypnotiseur macht, sie *suggestirt*. Der Hypnotisirte und Hallucinant thun das Gleiche; sie *folgen der Suggestion*. Bei Beiden ist die Fähigkeit der Selbstbestimmung, die Kritik aufgehoben.

Zwischen einem Hallucinant und Hypnotisirten besteht allenfalls der wichtige Unterschied, dass beim Letztern der abnorme Zustand bloß ein zeitweiliger und leicht sistirbarer, während er beim Ersteren constant und schwer reparabel oder überhaupt irreparabel ist, doch liesse sich nicht so ohne weitere Begründung behaupten, dass dieser Unterschied gleichzeitig auch ein wesentlicher sei.

Bei beiden Vorgängen muss irgendwie der Ideenkreis pathologisch verändert sein und die Analogie der Erscheinungen berechtigt den Forscher, bei der Suggestions-Hypnose und der Verrücktheit nach der Identität oder Verwandtheit der Grundvorgänge zu fahnden. Bezüglich der Grundvorgänge der psychischen Functionen wissen wir nichts Positives und man muss zu Raisonsnements seine Zuflucht nehmen und so — in ultima analysi — sich mit den Molekülen beschäftigen.

Ist die Vorstellung eine in gewissen Nervenbahnen vor sich gehende Molekularbewegung, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass zwischen der Vorstellung und dem durch sie zum Ausdruck gelangten Zustande ein gradueller Unterschied besteht. So kann die Vorstellung des Erröthens, wenn die ihr zu Grunde liegende Molekularbewegung eine gewisse Intensität erreicht, ein *wirkliches* Erröthen herbeiführen, insoferne sich auch der Molekularvorgang der combinirten Gefäss-Innervation bis zur Intensität der Aktion steigert.

Erregt man in uns die Vorstellung des Schlafes, so folgt hieraus noch nicht, dass wir in Wirklichkeit auch einschlafen. Damit eine Vorstellung zur Wirklichkeit wird, bedarf es zweier Postulate. Erstens muss die Molekularbewegung der Vorstellung jene Intensität erreichen, die der Wirklichkeit entspricht; zweitens dürfen nicht andere Vorstellungen, die die lebendige Kraft auf andere Bahnen lenkend, die Intensität der Vorstellung des Schlafes schwächen würden, interkurriren. Gelegentlich der Suggestirung wird demnach bei Personen von lebhafter Phantasie, wo die Molekularbewegung sehr leicht einen hohen Grad erreicht, z. B. die Vorstellung des Schlafes herbeigeführt, doch gleichzeitig wirkt die Autorität des Suggestirenden oder der ihm imputirte mystische Glaube dermaßen, dass nur einschlägige, einander stützende und nicht conträre Gedanken auftauchen können. Die Gedanken werden concentrirt. Sobald im Bewusstsein conträre Vorstellungen auftreten, kommt es zu keinem Schlafe.

K. bezweifelt, dass der hypnotische Schlaf mit dem physiologischen identisch wäre. Der letztere ist wahrscheinlich eine Ermüdungserscheinung, während der erstere einem excessiven Vorwiegen *einer* Vorstellung über die anderen zuzuschreiben ist. Dem gewöhnlichen Schläfer

suggerirt man vergebens; er wird höchstens erwachen. Der Hypnotisirte jedoch acceptirt die suggerirten Vorstellungen, da die betreffenden Bahnen nicht ermüdet sind, sie werden nur in Unthätigkeit erhalten, können demnach leicht in Action gerufen werden. Der opprimirende, durch die herrschende Vorstellung behinderte Associations-Mechanismus kann gegen die suggerirte Vorstellung nicht aufkommen, d. i. die Erwägung, die Kritik ist aufgehoben. Jene Intensität, die der Molekularvorgang einer derart suggerirten Vorstellung erreichen kann, wird am besten durch das posthypnotische Handeln illustriert, von dem sich der bereits Wache keine Rechenschaft ablegen kann. K. möchte derartige Handlungen den impulsiven Handlungen Geisteskranker anreihen.

Nach diesen Auseinandersetzungen wird die Suggestions-Hypnose dadurch herbeigeführt, dass einzelne Vorstellungsbahnen über andere ähnliche excessive praevaliren, dermaassen, dass die opprimirende Vorstellung als solche nicht im Bewusstsein bleibt, sondern in jenen Zustand übergeht, der sich als minder intensiver Molekularvorgang „als Vorstellung“ ausprägt. Der Schlaf eignet sich sehr dazu, das Individuum für Suggestionen empfänglich zu machen, da im Schlafe das bewusste, kritische Denken wegfällt. Der suggestirte Schläfer ist in Hypnose; der Associations-Mechanismus „schläft“, Mangels lebendiger Kraft. Die suggerirende Stimme ruft einzelne Vorstellungen nach Belieben wach und der Hypnotisirte ist bemüssigt dieselben — in Ermangelung der Kritik — zu acceptiren. Ob die suggerirende Stimme an und für sich schon zur Activirung einzelner träger Gedankenbahnen genügt und warum die suggerirende Stimme in vielen Fällen der hypnotisirenden identisch sein müsste, sind Details, die K. diesmal unberücksichtigt lässt.

Die Versuchung, die Suggestions-Hypnose in Hinblick auf die Grundvorgänge mit einer Form der Verrücktheit zu identificiren, liegt nahe. Bei beiden ist der Associations-Mechanismus insufficient, wird durch eine überstarke Vorstellung (oder Sensation) fest gehalten. Sowohl der Geisteskranke, als auch der Hypnotisirte verharret in der ihm passiv aufgedrungenen Lage, wird kataleptisch, vollführt den hallucinirten suggerirten Befehl. Warum er der Stimme gehorcht, weiss der Hypnotisirte ebensowenig, als der Psychotische.

Jene Fähigkeit, wonach sich die lebendige Kraft der in den einzelnen Vorstellungsbahnen verlaufenden Molekularprocesse durch die einfache Weckung irgend einer Vorstellung oder Vorstellungsguppe bis zum Eintritte eines factischen Zustandes steigern lässt, wird Suggestibilität genannt. Diese Fähigkeit führt in gewissen Graden zu einer nervösen Disposition, in welcher psychotische Keime ruhen. Experimente steigern diese Disposition und hierin liegt das Schädliche des Hypnotisirens. Nur Heilzwecke vermögen daher das Hypnotisiren und Suggestiren zu rechtfertigen.

495) Lattier: Ueber alimentäre Therapie bei Behandlung der Geisteskranken. (Annales medico-psych. 1889 Jan. Ref. von Kelp in der D. med. Wochenschr. 1889 39.)

Verf., Apotheker in der Irrenanstalt zu Quatre-Mères, unterscheidet bei der Ernährung der Geisteskranken die bloss verpflegten von den zugleich

arbeitenden, welche einer kräftigeren Nahrung bedürfen, die mehr Stickstoff enthalten muss, als die für erstere. Das Verhältniss bei den blos verpflegten bestimmt er, nach G a s p a r i n, zu 264 g Kohlenstoff und 12 g Stickstoff, während dasselbe bei den arbeitenden Geisteskranken auf 309 g Kohlenstoff und 25 g Stickstoff festgesetzt wird.

Es werden die Peptone einer besonderen Untersuchung unterzogen. Die Peptonisirung wird durch Magensaft und Secretion der Pankreas bewirkt. Dieselbe Eigenschaft besitzt C a r i x P a p a y a, welche häufig benutzt wird. Bei Ernährung eines Menschen nimmt der Verfasser 1,0 Pepton auf ein Kilogramm des Körpergewichtes an, hält aber die flüssigen Peptone für besser als die trockenen, weil erstere lieber genommen werden; sie können mit Bouillon oder Wein bereitet werden, wenn sie durch die Schlundsonde oder durch Lavements beigebracht werden müssen.

Von 1 kg Fleisch können 200 g trockenes Pepton gewonnen werden. Es wird folgende Vorschrift empfohlen:

Malaga	25 g
trockenes Pepton	5 g.

Was die Anwendung des rohen Fleisches betrifft, so wurde in der Anstalt Quatre-Mères seit 15 Jahren dasselbe mit grossem Erfolg angewandt, und zwar in folgender Formel:

Rohes geraspelttes Fleisch	100 g
Zuckerpulver	40 g
Wein	20 g
Tinct. Cinnam.	5 g.

Die Mengung geschieht in einem Mörser mit Hinzufügung der Flüssigkeit. Es entsteht ein Mus, das von Kranken gern genommen wird, und zwar aufgestrichen auf Brod.

Grossen Werth legt der Verfasser nach seinen Anstaltserfahrungen auf die Anwendung von pulverisirtem Fleisch, welches denselben Nahrungswerth wie Brod mit Bouillon hat, wenn auch nicht den des rohen Fleisches, wie die Thierversuche ergaben. Man kann es in einmaliger oder mehrmaliger Dosis täglich verabreichen, zu 50 g bis zu 300 g. Um das Einnehmen zu erleichtern und das Zurückbleiben desselben im Munde zu vermeiden, wird folgende Vorschrift empfohlen:

Kartoffelmehl (poudre)	5 g
Pulverisirtes Fleisch	50—100 g
Wasser oder Bouillon	200—400 g
Salz oder Nelkenblüth. Tinct. q. s.	

Man kocht das ganze bei fortwährendem Umrühren — das halbfüssige Mittel ist leicht zu nehmen.

Dem Kefir wird vor dem Kumyss der Vorzug gegeben, weil er angenehmen Geschmack besitzt und wirklich nährende Eigenschaft hat. Seine Bereitung geschieht durch einen besonderen Champignon im Kaukasus, der geistige Gährung bewirkt. Er stellt eine etwas dicke Flüssigkeit dar, von Milchfarbe, etwas säuerlich eigenthümlichem Geschmack.

Die chemische Zusammensetzungen von Milch, Kefir und Kumyys werden vergleichend zusammengestellt:

	Milch (spec. Gew. 1028).	Kefir von 2 Tagen.	Kumyys.
1. enthält Eiweissbestandtheile	48	38	11,2
2. " Fett	38	20	20,5
3. " Wasser und Salze	873	905	918,3
4. " Alkohol	—	8	16
5. " Milchsäure	—	9	11,5
6. " Lactose (Milckzucker)	41	20	22

Hiernach ist Kefir viel reicher an Eiweiss als Kumyys, ärmer an Alkohol, und von weniger herbem Geschmack. Der Verfasser glaubt dass Kumyys als Nahrungsmittel zu viel Alkohol enthalte.

Die in Gährung gesetzten Milchsorten eignen sich vorzüglich für Alkoholiker, indem sie durch ihren Gehalt an Alkohol und Milchsäure die tonische und digestive Wirkung der Milch erhöhen, sie haben sich in der Anstalt als Medicament und Nahrungsmittel bewährt.

Bei der Ernährung der die Nahrung verweigernden Geisteskranken durch die Schlundsonde ist zu berücksichtigen, dass sie eine reichlichere sein muss, als bei Nichtgeisteskranken, weil der Stoffverbrauch ein grösserer ist. Der Verfasser fand namentlich bei den an *Melancholia activa* Leidenden dies durch die chemische Untersuchung bestätigt. Es empfehlen sich daher vorzüglich Fette, indem sie den *Verbrauch des Eiweisses* vermindern, in Verbindung mit Eiern, Fleisch, Bouillon u. s. w. Der Verfasser empfiehlt zur Fütterung mit der Sonde folgende Formel:

	Stickstoff.	Kohlenstoff.
4 Eier im Gewicht von 216 g	4,11 g	32,40 g
2 l Milch	13,20 "	160 "
Bordeauxwein, 215 g	0,04 "	10 "
Pulverisirtes Fleisch	3,91 "	14,32 "
	21,26 g	216,72 g

Die Ernährung derjenigen Kranken, bei denen die Einführung der Schlundsonde nicht gelingt, durch peptonische Lavements wird noch besonders erwähnt und für sehr zweckmässig gehalten. Wenn sie auch für lange Zeit nicht fortgesetzt werden können, so sind sie doch hilfreich für eine gewisse Zeit. Vor Application derselben wird die eines gewöhnlichen Lavements empfohlen, dem einige Tropfen Tinct. Opii beigemischt sind, um die Contractionen des Mastdarmes abzuschwächen. Nach den Erfahrungen des Verfassers hat sich folgende Formel bewährt:

Trockenes Pepton	3 Theelöffel
Eigelb	1
Milch	125 g
Tinct. Opii	5 Tropfen
pulverisirtes Amidon	5 g.

Die Zugabe von Amidon soll die Anwendung erträglicher machen.

II. Von der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg.

18—24. September 1889.

So gross auch die Zahl der für die Section für Neurologie und Psychiatrie angemeldeten Vorträge war, so wenig geeignet war der Inhalt einer grossen Zahl derselben für einen Vortrag. Es ist ein wohl begründeter Gebrauch von Alters her, dass die psychiatrische Section der Naturforscherversammlung ausser von den eigentlichen Fachmännern im reichem Maasse von Physikern und Gerichtsärzten besucht wird, die alle aus dem Fluss der Verhandlungen ihren Schatz *praktischer Wissenschaft* bereichern und im Austausch ihrer Erfahrungen gegenseitig anregend und belehrend wirken wollen. Das wird aber einfach zur Unmöglichkeit, wenn die Section für Psychiatrie und Neurologie zu einer Section für Gehirnanatomie umgestempelt wird. Stundenlange Vorträge über den Ursprung und Verlauf der Striae acusticae beim Hunde und der Katze, über die Kerne des Thalamus beim Kaninchen, über das hintere Längsbündel bei der Eidechse, über Experimente, welche den opticus-pupillar-Reflexbogen bei Kaninchen, Hunden und Katzen betreffen und andere anatomische, vergleichend anatomische und zoologische Details — darin liegt keine Rücksicht gegen das Auditorium der Section. Selbstverständlich ist damit kein Urtheil ausgesprochen gegen den Inhalt und die Form der Vorträge. Im Gegentheil, wir erkennen rückhaltslos ihre Gediagenheit und z. Th. ihre Eleganz an — erinnerte doch die Gründlichkeit des einen dieser Vorträge an die Classicität der Arbeiten, die uns der allzufrüh heimgegangene Altmeister der Atrophie-Methode kennen gelehrt hat. Nur gegen den Ort wenden wir uns. Diese Vorträge gehören nicht in die Section für Psychiatrie, sie gehören in die anatomische Section. Zu unserer Genugthuung hörten wir einen der Herrn Vortragenden selbst sich in eben demselben Sinne äussern, dem wir hier Worte geliehen haben. Wir dürfen vielleicht die Hoffnung hegen, dass die Sectionsleitung in Bremen im nächsten Jahre bei der Zusammenstellung der Tagesordnung mehr dem praktischen Bedürfnisse Rechnung tragen wird.

Wir müssen auf ein Referat dieser Vorträge verzichten, die schliesslich nur durch Zeichnungen erläuterbar sind. Desgleichen sehen wir ab von einem Referat über Vorträge rein pathologisch-anatomischen Inhaltes. (Ueber cystöse Degeneration des Gehirns; Ueber Degeneration der Ganglienzellen bei acuter Myelitis; Ueber Entwicklungshemmung einer Kleinhirnhemisphäre; Ueber Gliosarcoma teleangiektoides des Vorderhirns.) Wir halten uns vorzugsweise an die klinisch-practischen Vorträge.

496) **Strümpell** (Erlangen) sprach über *Tabes und Syphilis*. Er bekannte sich zum Anhänger der Meinung, dass Syphilis eine ätiologische Rolle in der Entstehung der Tabes spiele und versuchte eine Erklärung des Zusammenhanges durch einen Vergleich mit den nach acuten Infections-Krankheiten auftretenden Nervenerkrankungen. Schultze (Bonn) widersprach dieser Ansicht und widerlegte sie.

Einer anderen Behauptung Strümpell's, dass die Tabes und die allgem. fortschreitende Paralyse der Irren nahe mit einander verwandt, gewissermaassen nur verschiedene Localisationen desselben Krankheitsprocesses seien, wurde von Mendel lebhaft widersprochen. Die Discussion an der sich Schüle, Tuczek, Hitzig, Mendel und der Votr. theiligten, bog dann auf ein ganz anderes Gebiet ab und pendelte an der Frage auf und nieder, ob ein klinischer Unterschied bestehe zwischen den durch Syphilis bedingten und den nicht syphilitischen Fällen von Paralyse. Eine Einigung wurde nicht erzielt und auch das wogenglättende Oel des Fürstner'schen Schlusswortes änderte daran nichts. An diesem Streit der Meinungen wird auch so lange nichts geändert werden, bis der verlorengegangene Begriff der altclassischen Paralyse wieder gefunden und Gemeingut geworden ist und bis die ganz erheblich verfrühte Vorstellung wieder fallen gelassen wird, man sei *heute schon* im Stande die Diagnose der Paralyse auf dem Sectionstisch zu stellen.

In der Section für *innere Medicin*, der Ref. leider wegen Unkenntniss der Sitzungsstunde, die nicht allgemein bekannt geworden war, nicht beiwohnte, sprach:

497) v. **Jürgensen** (Tübingen): *Ueber die mechanische Behandlung der Tabes nach dem System Hessing*. Wir geben den Vortrag nach der Deutsch. Med. Wochenschrift.

„Die Behandlung der Tabes mittels Suspension, zuerst von Motchutkowsky empfohlen, dann neuerdings durch das gewichtige Eintreten Charcot's in weiten Kreisen getübt, hat die Frage auf die Tagesordnung gebracht, wie weit mechanisches Eingreifen im Stande ist, bei dieser Krankheit Heilwirkungen zu entfalten?

Gestatten Sie mir, Ihre Aufmerksamkeit auf das Verfahren zu lenken, welches Friedrich Hessing, unser bekannter deutscher Orthopaed, schon seit mehr als anderthalb Jahrzehnten anwendet.

Dass die *Dehnung der Wirbelsäule*, wie sie bei der Suspension erfolgt, auch das Wesentliche für etwaige Heilwirkungen ist, wird mit Recht angenommen. Aber sie ist eine vorübergehende, denn nur für Minuten und nicht einmal jeden Tag wird der Tabiker in der Schwebe gehalten.

Hessing geht anders vor: er *stützt die Wirbelsäule dauernd*, Tags und Nachts, Jahre hindurch. Das geschieht durch ein dem Rumpf sich eng anschmiegendes, genau nach den Kö performen des Einzelnen gearbeitetes Stoffcorset — Gyps oder Filzpanzer hält Hessing für ungeeignet. Stützpunkte sind einmal die Achseln, dann aber und vornehmlich das Becken. Auf dieses wird das Gewicht des Oberkörpers übertragen; die Wirbelsäule hat keinen nennenswerthen Druck mehr auszuhalten, sie bleibt in anhaltender Extension. Der Grad derselben kann durch Verschiebung biegsamer Stahlschienen, welche wiederum genau dem Rumpfe sich anfügen, geregelt werden. Zeigt sich das Halsmark stärker theiligt, dann wird auch der oberste Theil der Wirbelsäule durch besondere Vorrichtungen entlastet. — Dies die Grundzüge des Verfahrens. — Dass dadurch *Erfolge*, und zwar erhebliche erreicht werden, ist mir von Hessing's Kranken mitgetheilt, und ich

selbst habe mich durch¹ den Augenschein in mehreren Fällen davon überzeugt.

Die Reihenfolge, in welcher die krankhaften Erscheinungen zurückgehen, scheint eine recht regelmässige zu sein. Die von mir befragten Tabiker geben übereinstimmend an, dass zunächst Störungen von der Blase und dem Darm sich bessern, verhältnissmässig rasch sich verlieren. Etwas später lassen die ausstrahlenden Schmerzen, die Parästhasien u. s. w. nach, auch sie können vollständig vergehen, freilich bedarf es dazu längerer Zeit. Das gleiche dürfte von etwa vorkommenden Störungen der Augenmuskeln gelten. — Am langsamsten stellt sich das Gehvermögen wieder ein. Wenn auch schon anfangs eine Besserung merkbar wird, bedarf es doch vieler Monate, ehe wirklich nennenswerthes erreicht wurde. Dies kann aber erreicht werden. Dafür ein Beispiel aus eigener Anschauung: Ein Tabiker war vor der Behandlung nur mehr im Stande, geführt einen Weg von 7 Minuten zurückzulegen; nach drei Jahren ging er ohne Hilfe und ohne Pause anhaltend und rasch eine Stunde weit, nach kurzem Ausruhen kehrte er dann wieder zurück. Bei diesem Herrn war der ataktische Gang, besonders unmittelbar nach dem Aufstehen, noch bemerkbar, war er etwas länger in Bewegung gewesen, dann sah man nicht mehr viel davon. Das Gehen in der Dunkelheit war erheblich leichter als vorher, immerhin aber noch eine gewisse Unsicherheit damit verbunden. Auch das Stehen bei geschlossenen Augen war noch nicht, wie in der Norm möglich.

Ob nicht der Patellarsehnenreflex in den ersten Anfängen vorhanden, wage ich nicht zu vereinen. — Sehr verständlich ist es, dass das *Allgemeinbefinden* in verhältnissmässig kurzer Zeit sich hebt: wenn die Nächte nicht mehr durch Schmerzen schlaflos werden, wenn eine grössere Menge von Nahrung genossen und verdaut werden kann, ist das nicht zu verwundern.

Natürlich muss man bei einer Krankheit, welche, wie die Tabes, spontane Stillstände für längere Zeit macht, fragen, ob nicht der Zufall sein Spiel treibt? Ich möchte, um diese Frage zu verneinen, auf die Regelmässigkeit hinweisen, mit welcher die Erscheinungen zurückgehen, dann darauf, dass die Zahl der Fälle doch eine zu grosse ist.

Von Heilung in dem Sinne, dass eine vollständige Wiedereinsetzung in den alten Stand mit Rückbildung der anatomischen Veränderungen geschehe, kann bei der Tabes natürlich keine Rede sein. Wir wissen aber, dass trotz ziemlich ausgedehnter, nahezu das ganze Mark betheiligender Veränderungen die functionellen Störungen fast vollständig zurückgehen können. So darf von einer relativen Heilung gesprochen werden, und diese Heilung kann Bestand haben. Hessing hat einen ursprünglich schweren Fall jetzt seit vielen Jahren unter Augen; der Mann ist verheirathet, hat Kinder erzeugt und muss stets viel gehen, er ist vollständig erwerbsfähig und nicht rückfällig geworden. Es ist dies nicht der einzige; die Heilung hat auch in anderen längere Zeit Stand gehalten.

Ich glaube dass ein *Verständniss* dessen, was geschieht, zu erreichen ist, dass es sich um mehr als nm einfache Empirie handelt:

Bei der *Tabes* haben wir es mit langsam sich entwickelnden Ernährungsstörungen im Rückenmark zu thun. Einerlei wodurch dieselben ursprünglich hervorgerufen wurden, immer wird zu ihrer Beseitigung eine möglichst ausgiebige Durchströmung der leidenden Theile mit leistungsfähigem Blut nothwendig sein. — Schon bei dem Gesunden bewirkt der vom Oberkörper auf die Wirbelsäule geübte Druck, dass deren Bandscheiben — man schätzt ihre Gesamtlänge auf den vierten Theil des Ganzen — zusammengedrückt werden. Finden sich doch leicht messbare Unterschiede zwischen der Körperlänge Morgens nach dem Aufstehen und Abends nach vollendeter Tagesarbeit. Es ist nun ganz wohl denkbar dass bei der durch den Druck des Oberkörpers bewirkten Compression der Wirbelsäule der Inhalt des Wirbelcanals, das Mark und seine Häute, Störungen der Blut- und Lymphbewegung erfährt. Der Gesunde erträgt das ohne Gefahr, ob auch der *Tabiker*? Es kommt noch hinzu, dass bei diesen die Streckmuskeln der Wirbelsäule doch wohl in höherem Grade angestrengt werden. Schon um das Gleichgewicht während des Gehens und Stehens zu erhalten, müssen dieselben mehr arbeiten, und es ist nicht wahrscheinlich, dass sie minder leicht ermüden, als die anderen von dem *Tabiker* viel gebrauchten Muskeln, für welche ja gerade die rasch eintretende Ermüdbarkeit eigenthümlich ist. Die Erschlaffung der Rückenmuskeln geht aber mit einer weiteren Belastung der Wirbelsäule und allem, was daraus folgt einher. *Hessing* meint, dass die unangenehmen Empfindungen welche sich nach längerem Stehen, namentlich wenn der Rücken belastet ist, einfinden, und lange nicht immer auf die Gegend des Knochens beschränkt bleiben, auch bei dem Gesunden auf das Rückenmark zu beziehen sind —, dafür liesse sich mancherlei anführen.

Die von dem Corset übernommene Stützung der Wirbelsäule bewirkt nun, dass deren Länge unverändert bleibt, dass eine wechselnde Belastung des Inhalts vom Wirbelcanal nicht stattfinden kann. Damit sind die Bedingungen für die Blut- und Lymphströmung in dem Mark und seinen Häuten günstige geworden. Ein Ausgleich von Ernährungsstörungen kann leichter geschehen: krankhafte Vorgänge können zum Stillstand kommen, aber auch vorher weniger geübte Leitungsbahnen für die verloren gegangenen eintreten.

Das sind natürlich nur Möglichkeiten — aber wie mir scheint durchaus der Erörterung fähige. Die eigenthümliche Reihenfolge, in welcher sich anfangs die Reizerscheinungen zurückbilden, dann auch das Gehvermögen wiederkehrt, scheint besonders beachtenswerth.

Hessing hat übrigens bei seiner Behandlung der *Tabes* die Wichtigkeit des zweiten Punktes, dass auch leistungsfähiges Blut in genügender Menge gebildet werden muss, ebenso sehr im Auge behalten, wie das rein örtliche Vorgehen. Diätetik im weiteren Wortsinne: kräftige leicht verdauliche Nahrung, viel Aufenthalt in der Luft. Uebung der gelähmten Glieder, passende Körperhaltung des Kranken bei dem Sitzen und Liegen — das alles wird vollauf berücksichtigt.

Bei der Behandlung der Tabes, wie bei der anderer Rückenmarkserkrankungen kommen in der That nur die Grundsätze von Helsing's System der Orthopädie überhaupt zur Anwendung. Stets wird der kranke Theil durch mechanische Hülfen so entlastet, dass um bei günstigen örtlichen Ernährungsbedingungen örtlich Heilung erfolgen kann, stets wird auf die Kräftigung des Gesamtkörpers volles Gewicht gelegt. Ich müsste daher von der Behandlung der Tabes nach dem System Helsing reden.

Und nun zum Schluss:

Dass die Tabes nicht von heute auf morgen gebessert werden kann, weiss Jeder, und Niemand wird sich darüber wundern, dass auch bei Helsing's Behandlung gut Ding Weile hat. Helsing rechnet für die vorgeschrittenen Fälle auf etwa ein Jahr, für weniger schwere kürzere Zeit, verlangt aber unbedingt, dass diese Zeit in seiner Anstalt unter seinen Augen zugebracht werde. Denn nur wenn er täglich in der Lage ist zu controlliren, ob wirklich die erstrebte Entlastung der Wirbelsäule besteht, kann er seine Behandlung durchführen. — Nach allem, was ich an Ort und Stelle gesehen habe, halte ich diese Forderung für durchaus gerechtfertigt. — Was so genau dem Körper angeschmiegt ist, wie ein Corset Helsing's, bedarf, wenn es dauernd seinem Zweck entsprechen soll, häufiger Modificationen. Ein schlecht sitzendes Corset schadet geradezu und stellt die Erfolge der Behandlung in Frage oder verzögert sie wenigstens. Die Aenderung der allgemeinen Ernährung kommt für das gute Sitzen des Corsets wesentlich in Betracht, ebenso ist im Laufe der Behandlung häufig eine Verstärkung oder eine Abschwächung der Extension erforderlich. Das alles kann nur durch die Hand des Meisters ausgeführt werden. Wer wird es ihm verdenken, dass er seine Kranken nicht dem Zufalle preisgeben will?“

Eine lebhafte *Discussion* schloss sich an diesen Vortrag, aus der wir folgendes hervorheben.

Eisenlohr (Hamburg) macht auf die Gefahr der Suspensionsbehandlung aufmerksam und citirte die französischen Publicationen, denen zufolge bereits 7 Todesfälle constatirt sind. Im Uebrigen giebt er eine günstige Wirkung zu, namentlich sei die Einwirkung auf die Rückenmuskulatur eine unbestreitbare. Bei einem Patient erhielt er wesentliche Besserung sehr heftiger Schmerzen durch Extension am Kopfe mittels der gewöhnlichen Kiefernseilinge und Hochlage des Kopfes im Bette — beides durch mehrere Wochen fortgesetzt.

Rumpf (Marburg) warnt vor der Behandlung *frischer* Fälle auf mechanischem Wege. *Man versäumt eine wichtige Zeit!* Schmiercur und faradischer Pinsel sind hier am Platze.

Schuster (Aachen) hat in diesem Jahre 17 Fälle von Tabes mit Schmiercur und Suspension behandelt. Beim Suspendiren schwindet der Radialpuls; doch hat er mit Ausnahme eines Falles von progressiver Paralyse, wo auch die Technik der Suspension nicht fehlerlos war, nie üble Erscheinungen gesehen. Die Besserungen der Gehfähigkeit waren eclatant. Die Suspension hat er stets von einem erfahrenen Orthopäden in seiner Gegenwart vornehmen lassen.

Mosler (Greifswald) hat von der Suspension zwar keine nachtheiligen, aber auch keine günstigen Erfolge gesehen. Daneben liess M. massiren, resp. elektrisiren.

Kussmaul bedauert, dass die Resultate Hessing's nirgends genau beschrieben sind. Nur einen Patienten kennt er, einen bekannten Schriftsteller, der ohne Erfolg bei H. war. Er fordert Erb auf, seine Ansichten hierüber mitzutheilen.

Erb, eigens aufgefordert, modificirt das ungünstige Urtheil, das er vor Kurzem in Baden auf der Versammlung der westdeutschen Neurologen und Irrenärzte über Charcot's Methode geäussert. (Vergl. d. Centr.-Bl. pag. 392.) Er hat seitdem *wesentliche Besserungen* gesehen. Wo alles Andere, auch elektrische Bäder, ohne Erfolg angewendet wurden, ist es Pflicht, die mechanische Behandlung anzurathen, wenn Alters- oder Gefässkrankheiten dies nicht contraindiciren. Von H.'s Methode hat er in zwei Fällen (multiple Sklerose und transversale Myelitis) *wesentliche Besserung* eintreten sehen.

Naunyn (Strassburg) hat bei einigen Fällen, die von Hessing mit Erfolg behandelt worden waren, sofort bedeutende Verschlechterung gesehen, sobald das Corset abgelegt wurde.

Jürgensen bezweifelt, dass durch ein Hessing'sches Corset wirklich eine Atrophie der Muskeln herbeigeführt wird, freilich muss dasselbe anhaltend getragen werden, wenn es seinen Zweck erfüllen soll.

Vierordt (Jena) kennt den von Kussmaul erwähnten Fall. Es ist keine Tabes, sondern ein sehr complicirter Spinalfall, wo nur eine Körperhälfte hyperästhetisch war. Hessing hat nur die eine Hälfte extendirt und damals wesentliche Besserung erzielt.

Bäumler (Freiburg) fragt, welche Resultate man mit der maschinellen gymnastischen Behandlung in Baden-Baden erzielt hat. Er hat in einem Falle Besserung gesehen.

Kussmaul kennt auch einen Fall mit gutem Erfolg. Er fragt nach Erfolgen der Massage bei Tabes.

Erb: Kussmaul's Patient hat allerdings durch die Behandlung von Kellgreen wesentliche Besserung gehabt, aber es ist zu betonen, dass dieser Patient *kurz zuvor zwei intensive Schmiercuren durchgemacht hat*. Auch Massage erzielt *hin und wieder* Erfolge. Aber man überschätze sie nicht!

Drucker war 1½ Jahre Assistent bei Kellgreen und hat grosse Erfolge, auch wo keine Schmiercur vorhergegangen war, gesehen. Allerdings ist dies keine Massage wie bei Metzger. Vibrationen und Frictionen mit Gymnastik wendet Kellgreen an, also keine eigentliche Massage.

Hühnerfauth (Homburg) hat von „Hackungen“ Erfolg bei Tabes gesehen, wenn er zwei bis drei Monate lang sie angewendet hat. Er rath zu *Halbsuspensionen* (bis zu den Fussspitzen), die fünf bis sechs Minuten, später sogar länger die Hackungen in dieser Stellung vertragen lassen.

In der am folgenden Tage stattfindenden Sitzung, die vornehmlich Demonstrationen gewidmet war, handelte es sich um *Akromegalie*.

498) **Schultze** (Bonn) stellt einen 32 jährigen Mann mit *Akromegalie* vor. Eltern gesund, drei Brüder und eine Schwester gesund. Temporale Hemianopsie links, rechts völlig blind. Die Ophthalmologen haben sich in diesem Falle enthalten, eine Ansicht zu äussern. S. hält auch hier einen Tumor der Hypophysis für wahrscheinlich. Besonders auffallend ist hier der Kopf afficirt: Schädelumfang 67·0 cm. (Virchow hat schon 65·5 cm. als exorbitant bezeichnet); das Kinn ist vom oberen Rande der Unterlippe 8 cm. entfernt; die Zunge hat ein starkes Volumen, ist 7 cm. breit, rissig. Die Tonsillen fast wie kleine Kegelkugeln. Am unteren Rande des Occiput eine sehr stark vorspringende Rinne, eine Crux für den Haarschneider.

Der Hals hat 47 cm. Umfang. Am Thorax eine Anzahl Keloide (ca. 6—8). Die Füsse beträchtlich breiter, etwas länger. Die Haut der grossen Zehe besonders entwickelt. — Es ist nicht unmöglich, dass an der Sella turcica eine Exostose ist, wie am Occiput aussen. Bisher indessen noch nicht beobachtet. — Keine Beziehung zur sexuellen Sphäre (W. A. Freund's Theorie). Keine nervösen Beschwerden, insbesondere Nichts, was auf eine Compression des Cerebrums deuten könnte.

499) **Erb** (Heidelberg) stellt im Anschluss hieran zwei Fälle, Brüder mit *Akromegalie*, vor. Hat er sie auch bereits beschrieben, so will er doch das Bild in natura als besser nicht vorenthalten. Die vergrösserte Herzdämpfung ist bei Beiden hervorzuheben. E. wendet sich des Specielleren gegen Marie und betont: 1. Kyphose hat ein Bruder hier, der zweite nicht, sie ist also kaum wesentlich; 2. hier ist der Oberkiefer sehr theiligt, Unterkiefer nicht, Marie excludirt die Kopfknochen überhaupt); 3. der Proc. xiphoideus ist allerdings hier auch nicht theiligt. — Seit ca. 30 Jahren besteht hier das Leiden. — Erb entsinnt sich noch eines dritten Falles. Ein 25 jähriges Mädchen, das vor drei Jahren wegen chlorotischer Beschwerden seine Privatstunde aufgesucht und das er unter der Diagnose: Chlorose, Myxödem? geführt hatte, bekommt auffallende Grösse des Gesichts, der Hände (keine Handschuhe passen ihr) etc. Menopause seither.

In der Discussion berichtet:

Strümpell (Erlangen) über einen Fall von Akromegalie eines 28 jährigen Mädchens mit allen hierher gehörigen Erscheinungen (auch des Schädels). Der Fall aber war durch dreierlei ausgezeichnet: 1. sensorielle Störungen (Hemianopsie, ausgedehnte Hautanästhesien, so *starke Geschmacksanästhesien, dass Chinin nicht geschmeckt wurde*); 2. starke Hyperhidrosis; 3. Diabetes insipidus, 3—4000 cm³, starker Zuckergehalt 3—400 gr. Die gesammte Haut war stark hypertrophirt, wulstig.

Ewald (Berlin) hat einen Fall schon in der Berl. klin. Wochenschrift publicirt, *der ohne Augenstörungen war*. Er möchte den Gang und Fortschritt des Leidens besonders betonen. Akromegalie kann leicht mit Riesenwuchs verwechselt werden; für erstere sind die Extremitäten allein charakteristisch. Auf Gourreaux's neue Publication

weist er hin, der einen congenitalen Einfluss annimmt. E.'s Fall kam zur Section. Die des Schädels wurde jedoch nicht gemacht. Die Thy-musdrüse fehlte.

Schluss folgt.)

III. Der erste internationale Physiologen-Congress in Basel.

10.—12. October 1889.

500) Prof. W. His (Leipzig): *Unsere Grundvorstellungen vom Bau der nervösen Centralorgane.* Die Zellen des embryonalen Medullarrohrs differenziren sich schon früh in grosse rundliche „Keimzellen“, an welchen Kerntheilungen (Karyokinese) sichtbar sind und in langgestreckte „Epithelzellen“ (Spongioblasten), deren Protoplasma weiterhin zu einer Gerüstsubstanz (Myelospongium, der Retina analog) erhärtet. An der äusseren Grenze des Medullarrohrs bilden die Bälkchen dieser Gerüstsubstanz einen besonders dicht gewobenen Schleier. Die Keimzellen werden nun birnförmig und beginnen je einen Fortsatz, den späteren Axencylinderfortsatz, auszutreiben, sie werden so zu primären Nervenzellen oder Neuroblasten; die Zellen selbst wandern nach aussen zu, werden aber durch den oben erwähnten Randschleier von Gerüstsubstanz zurückgehalten, und bloss die Fortsätze dringen in diesen vor, ein Theil derselben durchsetzt ihn, und liefert die vorderen Wurzelfasern, welche zugleich mit den sensibeln Wurzeln in den Lücken und Spalten zwischen den einzelnen Embryonalanlagen weiter wachsen. Die Fasern der hinteren Nervenwurzeln entspringen, wie der Redner entdeckt hat, überhaupt nicht im Medullarrohr, sondern entstehen als Fortsätze aus den Zellen der Spinalganglien. Jede dieser Zellen sendet einen peripheren Fortsatz aus, der zur centripetalen Nervenfasern wird, und einen centralen Ausläufer, der ins Medullarrohr eindringt.

Diese Ergebnisse embryologischer Beobachtung stehen in erfreulichster Uebereinstimmung mit den alten Erfahrungen von Waller über die Degeneration der Nerven. Jede Nervenfasern degenerirt, wenn man sie von derjenigen Zelle abtrennt, aus welcher sie als Fortsatz ausgewachsen ist; daher entartet von der vorderen Wurzel der peripherische, von der oberhalb des Ganglion durchschnittenen sensibeln Wurzel der (scheinbar) centrale, vom Ganglion getrennte Stumpf.

Von Nervenkerne im Sinne von Stilling, in Medulla oblongata Pons Varoli etc. wird man also in Zukunft nur für die motorischen Wurzeln, nicht für die sensibeln, sprechen dürfen.

Als anatomisches Substrat für die Leitung von Erregungen von den hinteren zu den vorderen Nervenwurzeln, wie sie zur Erklärung der Reflexerscheinungen und anderer centraler Leistungen postulirt werden muss, hat bekanntlich L. Gerlach die Existenz eines äusserst reinen Netzwerks anastomisirender Nervenfasern angenommen, in welches einerseits die letzten feinsten Ausläufer der verzweigten Protoplasmafortsätze der grossen motorischen Zellen, andererseits die entsprechenden Theilfasern der sensibeln Wurzeln und die Fortsätze ihrer zugehö-

rigen Zellen einmünden sollten. Prof. His — wie andererseits Herr Prof. Forel — glaubt nicht an die Existenz dieses Nervennetzes; er hält vielmehr für wahrscheinlich, dass die verzweigten Fortsätze verschiedener Systeme von Nervenzellen sich entgegen und durcheinander wachsen, ohne aber jemals wirklich zu anastomosiren. Selbstverständlich muss alsdann eine mehr oder weniger leitende Zwischensubstanz angenommen werden. Diese Ansicht erklärt Manches besser als die bisherige. Nimmt man an, dass durch gesteigerte Thätigkeit die Wachstumsenergie der Zellen angespornt wird, so würden sich die Uebung und die Gewöhnung an neue Leistungen vielleicht theilweise zurückführen lassen auf ein weiteres Auswachsen von Fortsätzen in Gebiete, welche sie vorher noch nicht erreicht hatten.

Der Vortrag wurde durch ad hoc gezeichnete Tafeln erläutert. 501) Prof. A. Mosso (Turin) zeigt, dass die *Hirnthätigkeit* viel mehr *Einfluss auf die Eigenschaften der Muskeln* hat, als man bisher annahm. Mittelst eines Instrumentes eigener Construction (Ergograph) hat der Vortragende die Muskelkraft von Flexoren einzelner Finger gemessen bei Contractionen durch Willensreiz, durch Reizung des N. medianus und durch directe electrische Muskelreizung. Die entsprechenden Muskelkurven ergaben unter gewöhnlichen Umständen keine auffallenden Unterschiede. Dagegen war es höchst auffallend, wie durch angestrengte Hirnthätigkeit, z. B. durch die grösste Corvée für ein Professorengehirn, das successive Examiniren vieler Studenten, die Muskeln nicht nur auf Willensreiz, sondern auch bei directer electrischer Reizung eine viel geringere Muskelkraft entwickelten als vorher. Erschöpft man einen Muskel seheinbar durch willkürliche Contractionen und macht in der Willensanstrengung eine Pause, so ist nachher der Wille wieder viel wirksamer, selbst wenn man den Muskel während der Pause viel und energisch electrisch gereizt hat.

Unter den verschiedenen möglichen Erklärungsweisen dieser That-sachen bevorzugt der Vortragende die Annahme, dass durch angestrengte Hirnthätigkeit sich im Blute Stoffe (Stoffwechselproducte) anhäufen, welche sowohl auf die Hirnthätigkeit selbst als auf die Leistungsfähigkeit der Muskeln hemmend einwirken und während einer Ruhepause beseitigt werden können.

Diesem Vortrage folgte eine lebhafte Discussion, an welcher sich die Herren W. Preyer, H. Kronecker, L. Hermann, J. Rosenthal, M. v. Frey und J. v. Tarchanoff betheiligten.

502) Prof. Goltz (Strassburg) zeigt einen Hund, welchem er vor einem Jahre die ganze *linke Hemisphäre exstirpirt* hat. Dieser Hund ist nicht nur fähig, ganz normal zu stehen und zu laufen, sondern er weiss sich auch sonst zu helfen; als man vor den Augen der Versammlung ein mit Kies gefülltes Gefäss vor ihn hinstellte und den linken Fuss festhielt, scharfte er, wie es normale Hunde thun, mit der freien rechten Pfote das Fleisch mit ziemlichem Geschick aus dem Kies heraus, um es zu verzehren.

Wir greifen dem Bericht etwas vor, um bei dieser Gelegenheit mitzutheilen, dass am folgenden Tage der Vortragende das Gehirn die-

ses Hundes demonstrierte, welcher am Dienstag Abend getödtet worden war. Von der linken Hemisphäre war, wie sich Ref. selbst überzeugt hat, gar nichts mehr vorhanden.

Prof. Goltz zeigte ferner das Gehirn eines Hundes, welcher die Entfernung beider Hirnhemisphären 51 Tage überlebt hat. Beim Vergleich mit einem normalen Hundehirn fiel auf den ersten Blick in die Augen die excessive secundäre Atrophie, welcher auch die nicht exstirpirten Hirntheile anheimgefallen waren.

Der Hund war tief blödsinnig gewesen, hatte zwar noch stehen und gehen, aber nicht mehr mit der Pfote, wie der oben erwähnte, Fleisch herauscharren können.

503) Prof. Victor Horsley F. R. S. (London), in Gemeinschaft mit Dr. Beevor, unter dem Titel „*Genaue Analyse der Vertretung der einzelnen motorischen Functionen in der Grosshirnrinde*“ demonstriert und erläutert brillante, höchst eindrucksvolle Versuche an einem ätherisirten Affen, *Macacus sinicus*, über sehr fein abgestufte und localisirte elektrische Reizung der Hirnrinde. Es wird wohl kaum einen Experimentator auf diesem Gebiete geben, welcher es so sehr in der Gewalt hat, so wie Herr Horsley nach Belieben die Pronation, Supination des Vorderarms, Bewegung des Daumens oder anderer Finger, bestimmter mimischer Gesichtsmuskeln und durch Reizung bestimmter Rindenstellen momentan und mit solcher Sicherheit zu erzielen. Es dürfte sehr schwer sein, nach dem Anblick solcher Versuche noch immer an der Localisirung innerhalb der Hirnrinde zu zweifeln. Allerdings geben nur die ersten und zugleich schwächsten Reize so gut localisirte Zuckungen; Verstärkung oder öftere Wiederholung der Erregungen führen zu weiterer Ausbreitung; Horsley unterscheidet daher primäre und secundäre Zuckungen.

504) Prof. Schiff (Genf) spricht über den *Einfluss der Nerven auf den Hirnkreislauf*. Von den 4 Hirnarterien können, ohne schwerere Folgen für den Kreislauf, 3 unterbunden werden. Hat man jedoch mehrere Wochen vorher die beiden Carotiden unterbunden, ferner von den beiden Aa. vertebrales die eine durch Exstirpation des untersten sympathischen Halsganglion schon vor längerer Zeit ihrer Nerven beraubt, so erhält man Symptome von Hirnauämie, Krämpfe, Drucksteigerung in der A. cruralis etc., Drucksenkung in dem peripheren Ende der unterbundenen Carotis, sobald man die nicht entnervte Vertebralarterie comprimirt, dagegen nichts Auffallendes, sobald die Compression die entnervte Arterie trifft. Offenbar hatte also die Arterie mit intacten Nerven den Löwenantheil an der Hirnblutleitung übernommen, die entnervte war relativ bedeutungslos geworden.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhstr. 28).

Monatlich 3 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkranken daselbst.

12. Jahrg.

1. November 1889.

Nro. 21.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber das Rubidium-Ammonium-Bromid, ein neues Antiepilepticum.
Von Dr. Hans Rottenbiller, Oberarzt der Kgl. ungar. Landes-Irrenpflege-Anstalt in
Budapest-Engelsfeld.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

Von der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg.

Fürstner: Ueber das Verhalten des Körpergewichtes bei Psychosen.

Bruns: Ueber Localisation im Cervicalmark.

Knoblauch: Ueber Sulfoalwirkung.

Schmidt: Ueber die Behandlung der Morphinumabstinenz mit Codein.

Lehr: Ueber nervöse Herbschwäche (Neurasthenia cordis).

Strümpell: Ueber primäre acute Encephalitis.

Bruns: Ueber einen angeborenen Defect mehrerer Brustmuskeln.

Gärtner: Ein neues electrisches Bad.

Schulz: Ueber Dystrophia musculorum progressiva.

Elsenlohr: Ueber progressive Muskelatrophie.

Seifert und Erb: Ueber die Thomsen'sche Krankheit.

III. Referate und Kritiken. Oppenheim und Siemerling: Ueber das Vor-
kommen von Hypertrophie der Primitivfasern in Muskelpartikeln, welche dem lebenden
Menschen excidirt wurden. Laehr: Einfluss des Schlafes auf den Stoffwechsel. Nonne:
Einige anatomische Befunde bei Mangel des Patellar-Reflexes. von Kahlden: Addison-
sche Krankheit. Werdnig: Ein Fall von disseminirter Sclerose des Rückenmarks, ver-
bunden mit secundären Degenerationen. v. Kraft-Ebing: Ein Beitrag zur Athetosis
idiopathica bilateralis. Kobler: Ueber einen complicirten Fall von neuromuskulärer Er-
krankung. Söggel: Die ophthalmoscopischen Kennzeichen der Hirnsyphilis. Weiss:
Eine Methode mechanischer Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und func-
tioneller Nervenkrankheiten. Colman: Eclampsia puerperalis. Pick: Zur Lehre von den
sogen. hypochondrischen Anfällen nebst Bemerkungen zur Pathologie der motorischen
Sprachvorstellungen. Tilling: Geistesstörung bei alcoholischer Neuritis. Lombroso:
Die Kriminaloiden. von Kraft-Ebing: Verläumdung eines Richters. (Paranoia perse-
cutiva querulans.) Gerichtsarztliches Gutachten. von Kraft-Ebing: Betrug. Ehrenbe-
leidigung. Paranoia querulans.

IV. Aus den Akademien und Vereinen.

1. British Medical-Association in Leeds.

Discussion über Diagnose und Localisation der Gehirnartriebe.

2. Der erste internationale Physiologen-Congress in Basel.

Horsley: Negative Stromerschwingung im Hüftnerven und im Rückenmark.

Dastre: Demonstration eines für die Erkennung vollständiger Narcose werthvollen

Reflexes. Langlois: Einfluss der Anästhetica auf die Athembewegungen. Frédéricq:

Die künstlich erzeugte Anämie der untern Rückenmarkspartie. Fano: Ueber die Func-
tion der Schilddrüse. Herzen: Die bilaterale Exstirpation des gyrus sigmoides.

Stefani: Beitrag zur Physiologie der Commissurenfasern.

V. Verschiedene Mittheilungen.



I. Originalien.

Ueber das Rubidium Ammonium Bromid, ein neues Antiepilepticum.

Von Dr. HANS ROTTENBILLER,

Oberarzt der Kgl. ungar. Landes-Irrenpflege-Anstalt in Budapest-Engelsfeld.

Dieses neue Antiepilepticum führte Prof. Laufena uer ein. Er hielt über dessen Wirkungsweise in der Sitzung vom 8. Juni d. J. der Kgl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest einen Vortrag, welcher als „vorläufige Mittheilung“ auch in einem ungarischen Fachblatt¹⁾ und später in Liebreich's therapeutischen Monatsheften²⁾ erschien. Dieser Mittheilung entnehmen wir folgendes:

Unter den Alkali-Bromiden sind die Bekanntesten das Bromkalium, Bromnatrium und Bromammonium. In der Therapie sowohl der genuinen wie der secundären Epilepsie kann sich keines der bisher empfohlenen Mitteln mit der Wirkung der Alkali-Bromide messen. Diesen Umstand in Betracht ziehend kam Prof. Laufena uer auf die Idee ob man nicht aus der Reihe der Brom-Alkali Verbindungen anderer Zusammenfügung versuchen könnte zu dem Zwecke ob dieselben nicht gleichwerthige Wirkung haben mit dem Bromkalium, Bromnatrium und Bromammonium, oder ob man nicht vielleicht unter diesen eine wirkungsvollere Verbindung herstellen könnte.

L. besprach sich mit Herrn v. Karlovsky, Assistenten am chemischen Institute der hiesigen Universität und sie kamen zu folgenden Schlüssen: Es ist bekannt dass die Wirkung des Kaliumbromid's viel energischer ist wie diejenige des Natriumbromid's und dessen Wirkung wieder energischer ist wie diejenige des Bromlithiums. In Betracht ziehend, dass unter den 3 aufgezählten Alkali-Metallen chemisch das Kalium das Positivste ist, das Lithium aber das minder Positivste, dass ferner das Atomgewicht des Kalium das Grösste (39,04) dasjenige des Lithiums das Geringste (7,01) ist, scheint es, dass die Wirksamkeit der obengenannten Metall-Bromide sowohl mit der Positivität sowie mit dem Atomgewicht der betreffenden Metalle in geradem Verhältniss steht. Alle diese Umstände erwägend, scheint es a priori wahrscheinlich, dass das Alkali-Bromid in welchem das Alkali-Metall ein grösseres Atomgewicht hat und noch positiver ist wie das Kalium, energischer wirken wird wie das Bromkalium. Es existiren nur 2 solche Metalle, das Rubidium und das Caesium. (Atomgewicht des Rubid. 85,2, dasjenige des Caesiums 132,5). G. v. Karlovsky stellte von diesen Verbindungen vor Allem das Rubidium bromatum her aus dem im Handel vorkommenden Rubidium-Alaun. Von diesem erhielt L. 35 grm., welche er bei einem 14 jährigen epileptischen Kranken anwendete. Er beobachtete den Kranken 10 Tage hindurch, welcher täglich durchschnittlich 2—3 epileptische Anfälle hatte. L. begann mit 0,5 grm. Rub.-Bromid pro die. stieg dann nach je einigen Tagen mit 0,5 grm., bis er bis zu 2 gramm

1) Orwosi Hetilap 1889 Nro. 24.

2) August 1889.

pro die gelangte und gab dann diese Dosis mehrere Tage hindurch bis die 35 grm. verwendet waren. Während dieser Zeit konnte L. gar keinen Einfluss des Rubid.-Bromid's auf die epileptischen Anfälle beobachten, was wahrscheinlich der Schwere des Falles, der geringen Dosis, sowie auch der kurzen Zeitdauer des Gebrauchs zuzuschreiben ist. —

Da das Rubidium bromatum sehr theuer ist, die Herstellung aus Rubidium-Alaun mit grossem Material-Verlust verbunden ist, da man dasselbe nicht rein, sondern mit Ammonium-Bromid vermengt gewinnt und da das Ammonium-Bromid selbst ein ähnlich wirkendes Mittel ist, so empfahl H. v. Karlovsky dass L. bei seinen weiteren Versuchen nicht das reine Rubidium-Bromid sondern dessen bei der Herstellung unmittelbar zu gewinnende Verbindung mit Ammonium-Bromid benütze. Diesen Körper nannte er Rubidium-Ammonium-Bromid. Es ist ein weisses etwas gelbliches Krystallinisches Pulver. Der Geschmack ist Anfangs kühlend, bald beissend-salzig. Seine Zusammensetzung ist: Rb. Br. 3 (N. H₄). L. stellte seine Beobachtung nicht gleichmässig an. Bei einzelnen Kranken wendete er das Mittel nach vorausgegangener längerer oder kürzerer Beobachtung längere Zeit hindurch an. Bei anderen Kranken wieder beobachtete er die Wirkung des Mittels comparativ. Er wendete insgesamt das Mittel bei 22 Personen an und zwar bei 12 epileptischen Psychosen, 5 einfachen Epilepsien, 2 Fällen von Hysterie, je 1 Fall von Gehirnsyphilis und tabet. Paralyse und bei 1 Versuchsperson. Volle relative Wirkung zeigte sich bei 13 epileptischen Personen d. h. die Zahl der Anfälle war ebenso gering oder ebenso gross wie während der Verabreichung anderer Brompräparate.

Geringe oder streng nicht zu definirende Wirkung war bei 3 Personen, gar keine Wirkung zeigte sich bei 1 Person — Die antiepileptische Wirkung des Rubidium-Ammonium-Bromid studirte L. bei 17 Epileptikern. In dieser Zahl waren sämtliche klinische Formen der Epilepsie vertreten. Die tägliche Dosis war 4—7 gramm. Die Wirkung hat im grossen Ganzen der Wirkung des Bromkalium entsprochen; indem wir wissen dass die Brompräparate auch nicht selten gänzlich wirkungslos bleiben in gewissen Fällen der Epilepsie. Aber in 6 Fällen von Epilepsie hat das Brom.-Rubidium in einer jeden Zweifel ausschliessenden Weise in Bezug auf die Cessirung der Anfälle eine viel intensivere Wirkung gezeigt wie die verwandten Brompräparate.

L. versuchte ausserdem die sedativ-hypnotische Wirkung des Rubidium-Ammonium-Bromids. Die abendliche Dosis war 4—5 gramm. Das Ergebniss war zufriedenstellend, seine schlaflosen Kranken schliessen darauf 4—6 Stunden.

Nach 5 gramm Rubidium-Ammonium-Bromid ist die Zahl der Athmungen nach 30 Minuten unveränderlich geblieben. Die Temperatur sank um 0,2⁰ C.; so wurde auch der Puls um 4 Schläge vermindert. Bei einer neueren Untersuchung nach 30 Minuten waren die Temperatur und der Puls schon zur Norm zurückgekehrt.

Unangenehme Nebenerscheinungen hat L. nicht beobachtet auch ein Excem konnte er nicht wahrnehmen. Er gab das Mittel in Lösung mit Syr. cort. aur. oder Syr. citr. Die wirkungsvollen Dosen be-

ginnen bei 2 gramm; die grösste Menge pro dosi beträgt 5 grm., pro die 7—8 gramm, eventuell auch mehr. In Pulver oder Fillenform es zu geben empfiehlt L. nicht, weil es die Resorptionsthätigkeit des Magens zu sehr in Anspruch nimmt.

Nach L. ist das Rubidium-Ammonium-Bromid jedenfalls ein werthvolles Mittel, bei welchem ausser der pharmaco-dynamischen Wirkung auch dessen suggestive Wirkung in Betracht zu ziehen ist, da jedes neue, dem Kranken unbekannte Mittel die Hoffnung auf Heilung erwirkt und somit erfrischend und anregend wirkt auf die psychomotorischen Centren der Rinde, von wo durch Reflex-Uebertragung in vielen Fällen Heilung oder Besserung hervorgerufen wird. L. hält sich schon jetzt das Prioritätsrecht vor, um mit der Verbindung des Brom's mit Caesium ähnliche Versuche anzustellen.

Ich meinerseits nahm 10 Epileptiker in Beobachtung, um bei ihnen das Rubidium-Ammonium-Bromid zu versuchen. Ich konnte aber das Mittel nur bei 5 Personen anwenden, theils weil bei Einigen, während der Beobachtungszeit, die Anfälle ohne veranlassenden Grund längere Zeit hindurch aufhörten, theils weil Andere in einer anderen Anstalt transferirt wurden oder im Status epilepticus zu Grunde gingen. — Anderentheils erschwert auch der hohe Preis des Mittels, damit Versuche im grösseren Maassstabe zu machen. C. F. Kahlbaum in Berlin verfertigt das Rubid.-Ammon.-Bromid für 160 Mark per Kilo, es kommt also 1 gramm auf 16 Pfennig. Da aber das Mittel, um eine günstige Wirkung zu erzielen, in ziemlich hohen Dosen zu geben ist, so wird es dadurch noch mehr vertheuert.

Ich bin mir zwar bewusst, dass 5 Fälle keinen Maassstab zur Beurtheilung der Wirkung eines Mittels liefern können; wenn ich aber dennoch meine geringen Beobachtungen veröffentliche, so bestimmte mich dazu der Umstand, dass Beobachtungen selbst weniger Fälle den Beobachtungen Anderer beigefügt auch zur richtigen Beurtheilung eines Mittels beitragen können.

Ich beobachtete meine Patienten in fünf kürzeren oder längeren Zeitabschnitten.

Im ersten Abschnitt wurden die Patienten lediglich beobachtet ohne irgend welches Medicament zu erhalten. Im zweiten Abschnitt bekamen die Kranken 2—4 im Durchschnitt 5 gramm Rubid.-Amm.-Bromid pro die; im dritten Abschnitt erhielten sie 6 gramm Rubid.-Amm.-Bromid; im vierten bekamen sie wieder kein Medicament, sondern wurden nur beobachtet, im fünften Abschnitt endlich bekamen die Kranken 6 gramm Bromkalium pro die. Die Beobachtungen waren folgende:

1. Patient Stephan O. Bei demselben:

entfiel im	I. Abschnitt	auf 1 Tag	2,73	Anfall.
"	"	II.	"	"
"	"	III.	"	"
"	"	IV.	"	"
"	"	V.	"	"
			2,13	"
			0,25	"
			2,83	"
			2,69	"

In diesem Falle ist zwischen den einzelnen Abschnitten mit Ausnahme des III. zwar kein wesentlicher Unterschied, es fallen 2—3 An-

fälle auf einen Tag; wo hingegen der III. Abschnitt ein ganz anderes Verhältniss zeigt, da fallen auf 4 Tage ein Anfall.

Beim zweiten Patienten Valentin B.

fiel im	I.	Abschnitt	auf 1 Tag	0,65	Anfall.
" "	II.	"	" " "	1,31	"
" "	III.	"	" " "	0,25	"
" "	IV.	"	" " "	0,58	"
" "	V.	"	" " "	0,69	"

Auch in diesem Falle fällt im III. Abschnitt auf 4 Tage 1 Anfall, ist also bedeutend günstiger als in den übrigen Abschnitten, zwischen welchen auch kein wesentlicher Unterschied ist.

Beim 3. Patienten Ladislaus G.

fiel im	I.	Abschnitt	auf 1 Tag	0,63	Anfall.
" "	II.	"	" " "	0,77	"
" "	III.	"	" " "	0,12	"
" "	IV.	"	" " "	0,58	"
" "	V.	"	" " "	0,78	"

Auch im 3. Falle zeigt sich dasselbe Verhältniss, dass nämlich zwischen den einzelnen Abschnitten kaum ein Unterschied sich zeigt mit Ausnahme des dritten Zeitabschnittes, wo der Unterschied bedeutend ist, indem während demselben nur auf 8 Tage ein Anfall kommt.

Beim 4. Pat. Ludwig S.

fiel im	I.	Abschnitt	auf 1 Tag	0,78	Anfall.
" "	II.	"	" " "	0,77	"
" "	III.	"	" " "	0,50	"
" "	IV.	"	" " "	0,33	"
" "	V.	"	" " "	1,15	"

In diesem Falle ist der III. Abschnitt nur der zweit Günstigste, da während demselben auf 2 Tage 1 Anfall kommt, während im IV. Abschnitt nur auf 3 Tage 1 Anfall fällt. Man wäre geneigt diesen Umstand der nachhaltigen Wirkung des Rubid.-Amm.-Bromids zuzuschreiben, wenn nicht die übrigen 4 Fälle das Gegentheil bewiesen; somit beruht es wohl nur auf dem Zufall, dass die Anfälle sich verminderten, was bei den epileptischen Anfällen nicht selten vorkommt.

Beim 5. Patienten Hans S.

fiel im	I.	Abschnitt	auf 1 Tag	0,82	Anfall.
" "	II.	"	" " "	0,36	"
" "	III.	"	" " "	0,00	"
" "	IV.	"	" " "	0,41	"
" "	V.	"	" " "	0,31	"

Auch in diesem Falle zeigt sich die günstige Wirkung des Rub.-Amm.-Brom., da im I. Abschnitt fast auf jeden Tag 1 Anfall fällt, reducirt sich schon im II. Abschnitt 1 Anfall auf 3,5 Tage, während im III. Abschnitt sich gar kein Anfall zeigt.

Meine Beobachtungen hatten also folgendes Resultat:

1. Das Rubidium - Ammonium - Bromid ist ein wirksames Anti-epilepticum.

2. In täglichen Dosen von 2—3 gramm hat es keinen nennenswerthen Erfolg.

3. In täglichen Dosen von 6 gramm wirkt es günstig in anfallstillender Richtung indem es die Zwischenpausen verlängert.

4. In Dosen von 6 gramm wirkt es energischer als das Bromkalium in gleich grossen Dosen.

5. Nachhaltige Wirkung zeigt es nicht. Nach Aussetzen der wirksamen Dosen des Mittels erreichen nämlich die Anfälle ihre frühere Höhe bald wieder.

Es ist wohl wahr, dass meine Patienten ein verhältnissmässig nur geringes Quantum des Mittels verbrauchten, nämlich je 100 gramm und es wäre daher wohl möglich, dass wenn das Rubid. - Amm. - Brom. in entsprechenden wirksamen Dosen längere Zeit hindurch gegeben wird, also der Kranke ein grösseres Quantum verbraucht, was leider der hohe Preis des Mittels erschwert, mit demselben auch nach dieser Richtung hin ein günstigeres Resultat zu erzielen wäre.

Die von *Laufenauer* erwähnte suggestive Wirkung des Mittels konnte ich bei meinen Patienten nicht beobachten, da dieselben schon hochgradig schwachsinnig sind. Jedenfalls wäre es aber von Vortheil — namentlich in der Privatpraxis — wenn wir neben dem Bromkalium noch über ein anderes Antiepilepticum verfügen könnten, welches, da es dem Laie nicht so bekannt wäre wie es das Bromkalium, als Antiepilepticum ist, gewiss auch suggestiv wirken würde. Ich denke, dass wenn das Rubidium - Ammonium - Bromid in grösserem Maassstabe versucht wird, — was mit dem Billigerwerden desselben gewiss erfolgen wird, — so wird sich dasselbe jedenfalls als ein verlässliches Antiepilepticum bewähren.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

Von der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg.

18—24. September 1889.

(Schluss.)

505) *Fürstner: Ueber das Verhalten des Körpergewichtes bei Psychosen.*

Votr. theilt seine Kranke, die er alle Woche einmal wiegen lässt, in Bezug auf die Gewichtsergebnisse in drei Gruppen:

1. Kranke mit thätigem, bis zur vorliegenden Erkrankung normalem Gehirn.
2. Kranke mit hereditärer Disposition oder mit Recidiven.
3. Kranke mit organischen Psychosen, zu welch' letzteren Votr. auch die periodischen, circulären und epileptischen rechnet.

Gruppe I. 1. Die Gewichtscurve zeigt im Beginn der Erkrankung einen regelmässigen steilen Abfall, an den sich ohne jeden Uebergang von einem gewissen Zeitpunkt ab ein ebenso regelmässiger steiler

Anstieg anschliesst. Tritt geistige Besserung ein ohne die erwähnte Gewichtszunahme, so ist erstere nicht von Dauer. 2. Der Abfall ist weniger steil und regelmässig, an ihn schliessen sich Schwankungen von Zu- und Abnahme und erst dann bewegt sich die Curve aufwärts. Auch hier muss Gewichtszunahme und geistige Aufhellung Hand in Hand gehen, wenn die Genesung Bestand halten soll.

Gruppe II. Nach kurzem Abfall tritt ein länger dauerndes Auf- und Niederschwanke des Gewichtes ein, wobei der mittlere Stand sich die Waage hält. Tritt Genesung ein, hebt sich das Gewicht. Der früheren (? Ref.) Ansicht, dass chronischen Formen eine ständige allmähliche Gewichtszunahme zukomme, widerspricht Votr. und giebt Verharren des Gewichtes auf mittlerer Höhe bei geringen Schwankungen an. So viel sich Ref. erinnert, hat man die ständige langsame Gewichtszunahme bisher nicht für chronische Fälle überhaupt angenommen, sondern nur bei definitivem Uebergang derselben zur Unheilbarkeit speciell in Blödsinn (Nasse, Stiff). An die Erörterung des Votr. über das Gewicht bei dieser II. Gruppe knüpft er Mittheilungen über den Einfluss verschiedener Medicamente (Opium, Sulfonal, Chloralhydrat) auf das Gewicht.

Gruppe III. Nach kurzem Sinken des Körpergewichts tritt oft langsame aber regelmässige Zunahme ein, die dann wieder von einem bestimmten Zeitpunkte ab in unaufhaltsames Sinken übergeht. Guter Schlaf, geringe Bewegung, gesteigerte Ernährung vermag Alles den Verfall nicht aufzuhalten, der sich als rein cerebrales Symptom documentirt. Ebenso sind bei periodischen und circulären Psychosen Gewichtsverluste von 5 bis 8 Pfund in 24 Stunden, von 10 bis 12 Pfund innerhalb weniger Tage bei guter Nahrungsaufnahme und ohne besondere Erregung als rein cerebrale Beeinflussungen des Stoffwechsels aufzufassen, ähnlich wie Albuminurie und Temperatursteigerung, die ebenfalls bei dieser Gruppe vorkommen.

Bei den periodischen Psychosen kommen auch periodische Gewichtsverluste vor.

Die Schlusssätze des Votr. lassen sich wie folgt in aller Kürze zusammenfassen:

1. Die Curve des Körpergewichts bei Psychosen steht im umgekehrten Verhältnisse zu der Energie des cerebralen Processes, der jenen zu Grunde liegt. Je höher diese Energie ist, desto tiefer sinkt das Gewicht; bei Nachlass derselben hebt sich das Gewicht; bei mittlerer Energie (chronische Fälle) bleibt das Gewicht unverändert.

2. Bei organischen Psychosen sinkt das Gewicht regelmässig, sobald der cerebrale Process eine gewisse Intensität oder eine bestimmte Ausdehnung gefunden hat.

506) **Bruns:** *Ueber Localisation im Cervicalmark.*

Erb hat uns kennen gelehrt, dass die V. Cervicalwurzel den Deltoideus, Biceps, Brachialis int., Supinator longus, vielleicht auch den Sup. brevis und Infraspinatus versorgt und Fr. Schultze hat einen Fall veröffentlicht, in dem die Erb'sche combinirte Armlähmung durch eine Affection des Vorderhorns in den obersten Partien der

Halsanschwellung bedingt war. Bei dieser Spärlichkeit des vorliegenden klinischen Materials, ist des Votr. Mittheilung sehr werthvoll, nur ist zu bedauern, dass keine Section vorliegt.

Fall von einem Wagen auf die rechte Nackenseite ohne nachweisbare Wirbelverletzung. Zunächst treten paraplegische und Blasensymptome auf, dann zuerst schlaaffe Lähmung der rechten Extremitäten. Nach $\frac{3}{4}$ Jahren fanden sich intacte Hirnnerven, ferner Parese, Contractur und erhöhte Sehneureflexe der rechten Extremitäten, Atrophie und Lähmung des Deltoides, Infraspinatus, Biceps, Brachialis int., Supinator longus mit Ansfall der electrischen Erregbarkeit für beide Ströme. Keine Sensibilitätsstörungen. Da die rechtsseitige Parese und Contractur eine Verletzung der rechten Pyramidenbahn beweist, wird man auch ohne Section die Atrophie und Lähmung der Erb'schen Muskelgruppe auf dieselbe beziehen können. Die Contractur des ganzen Arms spricht für den Sitz der Läsion am obersten Ende der Cervicalanschwellung.

Zur *sensiblen* Function der einzelnen Cervicalmarkabschnitte giebt Votr. folgenden Beitrag: In einem Falle, bei dem die Section traumatische Hämatomyelie mit dem Centrum am VIII. und VII. Cervicalnerven nachwies, fand sich im Leben vollständige Lähmung und Anästhesie der Beine, ferner Blasen- und Mastdarmlähmung, Anästhesie des Rumpfes bis zur zweiten Rippe. P. S. R. fehlten. Lähmung der Finger, Handflexion gelähmt, Extension schwach, Pronation und Supination normal. Bewegungen in Ellbogen und Schulter intact. *Die ganze ulnare Hälfte von Hand, Unter- und Oberarm dorsal und ventral gefühllos*; die radiale Hälfte hatte Gefühl. Darin liegt eine Bestätigung der Thesen, die Ross 1888 aufgestellt hat, nach welchen die V. und ein Theil der VI. Cervicalwurzel das radiale Drittel des Ober- und Unterarms und der Hand dorsal und ventral versorgen; ein Theil der VI. und VII. Wurzel das mittlere Drittel desselben Gebietes und die VIII. cervicale und die erste dorsale Wurzel das ganze Ulnargebiet.

Votr. spricht einer weiteren Bestätigung dieser Verhältnisse eine grosse differentialdiagnostische Bedeutung zu; die Grenzen dieser Sensibilitätsanordnung seien z. B. die entgegengesetzten wie bei traumatischer Neurose und ihr Nachweis könne bei Fällen von s. g. localer traum. Neurose (Strümpell) wenigstens im Anfange die Diagnose gegen Mark- oder Plexusverletzungen abgrenzen resp. sicherstellen.

507) **Knoblauch: Ueber Sulfonahwirkung.**

Um den Einfluss des Sulfonals auf die Motilität zu studiren hat Votr. an Hunden und Kaninchen experimentirt. Bevor noch die hypnotische Wirkung sich bemerkbar macht, hat er an den Thieren Schwäche der Hinterbeine, dann des Rumpfes, dann der Vorderbeine beobachtet, also eine von hinten nach vorn voranschreitende Parese. Mit dem Eintritt der hypnotischen Wirkung oder doch gleich nach ihr zeigt sich Schwanken des ganzen Körpers. Nach dem Aufwachen wurde Unsicherheit des Ganges beobachtet, die theils atactischer, theils paralytischer Natur war. Bei stärkeren Dosen Sulfonal kam es zu voller Extremitäten-

lähmung und zu clonischen Krämpfen der Kaumuskeln, von stundenlanger Dauer; bei tödtlichen Gaben: tiefer Supor mit clon. Krämpfen der Beine, die vor dem Tode aufhörten. Die Section der Thiere ergab keine positiven Befunde. Votr. glaubt zunächst nur an eine spinale Wirkung des S. Was Votr. über seine Beobachtung der Sulfonalwirkung bei Menschen mittheilt, bestätigt nur Bekanntes.

508) Schmidt: *Ueber die Behandlung der Morphiumpabstinenz mit Codein.*

Der Inhalt des Vortrages ist eigentlich schon mit seinem Titel gegeben. Votr. empfiehlt Codein zur Linderung der s. g. Abstinenzsymptome und behauptet, dass es für sich weder eine Sucht noch dass seine Entwöhnung Abstinenzsymptome verursache.

Sehr mit Recht widerspricht dem Hoestermann und erinnert daran, dass man ganz dasselbe s. Z. vom Cocain behauptet habe. Es sei überhaupt unrationell Medicamente gegen die Abstinenzsymptome zu geben.

509) Lehr: *Ueber nervöse Herzschwäche (Neurasthenia cordis).*

Ob Votr. hier das bekannte Symptom der Neurasthenie oder ob er eine selbständige Erkrankung gemeint hat, ist uns offen gestanden aus seinem Vortrage nicht klar geworden, macht er doch unter den ursächlichen Momenten seiner Herzschwäche die heterogensten, in gar keinem Zusammenhang stehenden Einflüsse namhaft, wie Tabak und Alkohol, geistige Ueberanstrengung und Excesse, Sorgen und Kummer, psychischen Schreck und Blutverlust nach Traumen. Möglicherweise haben wir die Erwähnung eines all diesen Ursachen gemeinschaftlichen Principes überhört, welches der Votr. für die Entstehung der *Neurasthenia cordis* verantwortlich macht; aber, wenn dies auch der Fall sein sollte, möchten wir uns trotzdem gestatten dagegen Verwahrung einzulegen, dass die längst vor der Neurasthenie-Zeit wohl bekannte, durch chronische Nicotinvergiftung erzeugte Herzneurose, also eine toxische Neurose, nun auf einmal als *Neurasthenia cordis* ausgegeben wird. Zwei Formen der Herzneurasthenie hat Verf. aufgestellt. Bei der ersten ist die Herzthätigkeit regelmässig oder nur sehr wenig beschleunigt. Subjectiv besteht nur das Gefühl von Druck und Spannung in der Herzgegend. Psychische Erregungen vermehren die Pulsfrequenz. Die ganze Erscheinung tritt anfallsweise auf und hinterlässt allgemeine Schwäche, Mattheit. Bei der zweiten Form ist die Pulsfrequenz bis über 100, selbst auf 120 beschleunigt. Dabei rascher Wechsel des Rhythmus. Nicht selten beobachtet man nebenher Zittern und Schwindel, selbst Ohnmachten. Bei beiden Formen bleibt die Athmung unbeeinflusst. Beide Formen sollen in einander übergehen können und Votr. vindicirt ihnen desshalb die Qualität zweier Stadien: I. das der nervösen Reizbarkeit, II. das der Ermüdung und Schwäche, der Lähmung. Demonstration von Pulscurven.

Als Ursache sieht Votr. eine Parese des Vagus an, die aber unseres Erachtens nur für die zweite Form herangezogen werden kann; die erste Form, die der Reizung, bleibt unerklärt.

Die Prognose soll gut sein. Die Therapie richtet sich ausser auf die Entziehung der Schädlichkeit, hauptsächlich gegen das Allgemeinleiden. Im Uebrigen Wassercur. Bei I Halbbäder von 20–30° C. von 1–5 Min. Dauer; bei II energische Hautreize. Von Gymnastik hat Votr. ebenso wenig Erfolge gesehen wie von der Electricität.

510) **Strümpell:** *Ueber primäre acute Encephalitis.*

Als Kern des Vortrages sind Mittheilungen zu betrachten, die sich auf eine bei *Erwachsenen* beobachtete *acute primäre hämorrhagische Encephalitis* beziehen. Votr. bezeichnet die Krankheit als ausserordentlich selten, hat unter dem überaus grossen Krankenmaterial der Leipziger Klinik nichts derartiges gesehen und vermisst ihre Beschreibung in den Lehrbüchern. In letzter Zeit sind 2 Fälle in Erlangen zur Beobachtung und Section gekommen. Einmal handelt es sich um einen kräftigen, bis dahin gesunden Mann von 25 Jahren, das andere mal um einen älteren Mann. Beide wurden bewusstlos mit hohem Fieber zur Klinik gebracht, bei beiden waren die Gehirnerscheinungen sehr schnell zur Ausbildung gekommen, beide hatten eine Hemiplegie. Votr. diagnosticirte Embolie resp. Hämorrhagie, eine Diagnose, die sich bei der Autopsie als falsch erwies. Bei beiden Fällen trat nach 2 Tagen der Tod ein. Die Section ergab übereinstimmend multiple grosse encephalitische Herde im Centrum semiovale in denen die Gehirnssubstanz theils gelblich, theils grauröthlich verfärbt erschien, serös durchfeuchtet, mässig erweicht und mit kleinsten Blutpunkten besetzt war. Keine Gefässembolie. Die mikroskop. Untersuchung ergab später die deutlichen Zeichen ächt entzündlicher Veränderung.

Die Aetiologie dieser Fälle ist dunkel; man denkt natürlich gern an eine Infection, indessen blieben Züchtungsversuche mit dem entzündeten Gewebe resultatlos und in Schnitten konnten keine Mikroorganismen nachgewiesen werden.

Der übrige Theil des Vortrages handelt kurz von der primären eitrigen Encephalitis (Gehirnabscess), von der Polioencephalitis (Wernicke) und von der acuten Encephalitis der Kinder. Hierbei warnt Votr. die durch verschiedene cerebralen Processe bei Kinder herbeigeführten Lähmungen nicht mit den durch acute Encephalitis provocirten zu verwechseln und bittet die Bezeichnung „cerebrale Kinderlähmung“ eben nur auf diese acut-encephalitischen Formen anzuwenden.

511) **Bruns:** *Ueber einen angeborenen Defect mehrerer Brustmuskeln.*

Der bemerkenswerthe Defect, über den Dr. Kredel in der chirurg. Section ebenfalls berichtet hat, betrifft einen 12 jährigen sonst gesunden Knaben und bezieht sich auf die beiden Pectorales und den Serrat. ant. major der linken Seite. Votr. demonstriert Photographien, welche deutlich den Defect des grossen Brustmuskels sowie eine Abflachung der linken Thoraxfläche zeigen, da wo die Serratuszaaken sonst entspringen, ferner die für die Lähmung dieses Muskels charakteristische Schulterstellung: Höhestand, Annäherung an die W. S. und Abhebung der unteren Spitze. Die functionellen Störungen sind die

für Serratuslähmung gewöhnlichen. Für den Pectoralisschwund lagen keine Functionsstörungen vor. Ferner bot der Fall folgende Hemmungs- und Missbildungen: 1. Eine geringere Entwicklung der ganzen linken oberen Extremität, besonders waren Scapula und Hand sehr viel kleiner. 2. Eine nach Art einer Flughaut zwischen Oberarm und Thorax ausgespannte dünne Hautplicatur und eine Schwimmhaut zwischen Zeige- und Mittelfinger links.

512) *Gärtner Ein neues electr. Bad.*

Bis jetzt giebt es zwei Arten electr. Bäder: das dipolare und das monopolare Bad. Ersteres leidet an zwei Fehlern, nämlich einmal daran, dass ein nicht messbarer Theil des Stromes durch das Badewasser geht ohne den Körper des Badenden zu durchströmen, sodann daran, dass es nicht möglich ist eine gleichmässige Vertheilung der Stromdichte über die ganze Hautoberfläche zu Stande zu bringen. In dem monopolaren Bad ist die Stromdichte ausserordentlich gross, deshalb können an der ausserhalb des Bades — die Greifstange quer über der Wanne — befindlichen Electrode nur so geringe Stromstärken zur Verwendung kommen, dass das Bad selbst nur die Bedeutung einer indifferenten Electrode hat.

Das neue Bad des Votr. — von Hirschmann in Berlin und Schulmeister in Wien construiert — ist ein „Zwei-Zellen-Bad“. Der Innenraum der Badewanne wird durch ein Diaphragma, welches sich dem Badenden und den Wannenrändern fast wasserdicht anlegt, in zwei Abtheilungen geschieden. Jede dieser Abtheilungen ist überall mit Electrodenplatten ausgekleidet und zwar so, dass die Wände der einen mit der positiven, die der anderen mit dem negativen Pole in Verbindung stehen. Der ganze Strom muss nun, um aus der einen Abtheilung in die andere zu gelangen, den Körper des Badenden passieren. Das Diaphragma muss über den Nabel zu liegen kommen und die eine Körperhälfte des Badenden muss in der oberen, die andere in der unteren Abtheilung liegen. Bei dieser Anordnung hat der Strom, wie Messungen ergeben haben, an allen im Wasser befindliche Theilen der Körperoberfläche nahezu die gleiche Dichte. Schliesslich sei erwähnt, dass es bei diesem Bade möglich ist schwache und starke Ströme (bis 100 M.-A.) anzuwenden und die den Körper durchströmende Stromstärke zu messen.

513) *Schulz: Ueber Dystrophia musculorum progressiva.*

Es handelt sich um einen jungen Mann von 15 Jahren, von gesunden Eltern stammend, dessen 3 Brüder in gleicher Weise wie er selbst erkrankt sind. Die 18 jährige Schwester ist gesund. Die 4 Brüder sind normal geboren, haben sich in den ersten Lebensjahren normal entwickelt, sind aber dann zwischen dem 5. und 9. Lebensjahre in gleicher Weise an progressiver Schwäche der oberen und unteren Extremitäten mit Schwund der Muskulatur der Oberschenkel und Oberarme erkrankt. Selbstverständlich haben die charakteristische Gehstörungen und Lähmungen nicht gefehlt. Der Patient starb an Tuberculose. Bei der Section fand sich ein eigenthümlicher Defect im Lendentheil des

R.-M. der sich aber schliesslich als ein Kunstproduct ergab, das bei Herausnahme des R.-M. entstanden war. Ferner fand sich im rechten Vorderhorn der Halsanschwellung ein 4—5 Mm. langer Erweichungsherd und mikroskopisch Abnahme der Zahl und Formveränderung der Ganglienzellen auf Schnitte in verschiedener Höhe. Im Triceps und im Glutaeus max. fand sich hochgradige Fettgewebsentwicklung, Schwund der homogenen und gequollenen Muskelfasern bis auf kleinste Reste; im Biceps brach. und besonders in der noch ziemlich erhaltenen Wadenmuskulatur gar keine Fettbildung, aber die für *Dystrophia musculorum* charakteristische Veränderung mit hypertrophischen und atrophischen Fasern, Vermehrung der Kerne, Vacuolenbildung. Der Fall gehört also zu einer Gruppe familiärer Erkrankung mit positivem Rückenmarkbefund und schliesst sich den in neuerer Zeit von Heubner und Preisz veröffentlichten Fällen an.

514) **Eisenlohr: Ueber progressive Muskelatrophie.**

Der Fall des Votr. gehört zur Gruppe der Erb'schen juvenilen Form, zeigte ausgebreitete und hochgradige Atrophie mit Betheiligung des *Zwerchfells, der Gesichts- und Kiefermuskeln*. Er bot ferner aussergewöhnlich verbreitete qualitative electrische Erregbarkeitsveränderungen in Form partieller E. A. dar. Der Tod trat durch Zwerchfellsparalyse ein.

Als bemerkenswerthesten Befund der anatom. Untersuchung führt Votr. an, dass nirgends in der Muskulatur eine *hypertrophische* Faser gefunden wurde. Im Uebrigen glich der Befund denen der primären Myopathie. Die mikroskop. Untersuchung des Nervensystems ergab durchaus normale Verhältnisse. Votr. stellt seinen Fall in die Mitte zwischen die Erb'sche juvenile Muskelatrophie und die Myopathie atrophique progressive von Landouzy-Dejérine und folgert ein Zusammengehören dieser beiden Formen.

Votr. spricht dann noch über die „neurotische“ Form der progr. Muskelatrophie, wie sie von Hoffmann scharfer beschrieben ist und berichtet über einen Kranken seiner Beobachtung, bei dem Localisation und Zeitfolge der Atrophien von dem Hoffmann'schen Schema abweichen. Nach diesen werden zuerst die Peroneusgebiete befallen, dann die Muskulatur der Vorderarme und Hände. Des Votr. Patient zeigte eine Combination von Atrophien an den oberen Extremitäten, die aber an die Erb'sche juvenile Form erinnerten; dagegen waren im Cruralis- und Peroneusgebiet partielle Atrophien von typischem Charakter. Ausserdem wiesen Sensibilitätsstörungen mit Sicherheit auf das Nervensystem als den Sitz der Erkrankung und Votr. ist geneigt den Fall als chronische progressive Neuritis aufzufassen.

515) **Seifert und Erb: Ueber die Thomsen'sche Krankheit.**

S. stellt einen an Th. Kr. leidenden Patienten vor und Erb berichtet über 5 neue, in letzter Zeit beobachtete Fälle. Drei davon (1 M. 2 W.) gehören einer ländlichen Familie an, in der das Leiden schon durch 3 oder 4 Generationen vorkommt. Der vierte ist ebenfalls ein hereditärer Fall und stammt aus neuropathisch stark belasteter Familie. Athletische Muskulatur bei relativ geringer Kraft. Der fünfte

Fall ist bisher anscheinend der einzige in der Familie, ist in hohem Grade befallen, ist aber Bergsteiger, Radfahrer, Schwimmer, auch hier herculische Muskulatur bei rel. geringer Kraft. Auch hier wies Votr. die „myotonischen Reactionen“ nach (bes. die Dellen- und Furchenbildung bei directer Reizung und die lange Nachdauer der Contractionen bei jeder Art der Auslösung mit Ausnahme der durch einzelne Oeffnungsschläge erzielten). Auch die *rhythmisch-wellenförmigen Contractionen bei stabiler Einwirkung des galv. Stromes* konnten nachgewiesen werden. Dieselben waren auch in dem Falle von Seifert vorhanden.

Erb hält dieses Symptom für ein constantes bei der Th. Krankheit und zählt es zu der My. R. Votr. legt ihm übrigens gar keine diagnostische Bedeutung bei, da die übrigen Zeichen der My. R. zur Sicherung der Diagnose genügen.

Dr. — n. Dr. M.

Hiermit schliessen wir den Bericht über die diesjährige Naturforscherversammlung unter besonderem Danke an die Herren, welche ihn für unser Blatt ausgearbeitet haben. Dass derselbe nicht vollständig und verspätet erschienen ist, hat darin seinen Grund, dass uns die vor der Versammlung anderweitig gegebene Zusage der Berichterstattung nicht gehalten wurde.

Redaction.

II. Referate und Kritiken.

516) Oppenheim und Siemerling: Ueber das Vorkommen von Hypertrophie der Primitivfasern in Muskelpartikeln, welche dem lebenden Menschen excidirt wurden. (Centralbl. f. d. med. W. 1889. Nro. 41.)

Es handelt sich um einen Nachtrag zu dem ersten, in voriger Nummer d. C.-Bl. wiedergegebenen Artikel. Prof. Zuntz — von dem es bekanntlich heisst, dass er Alles wisse — erklärte, dass die von den Verff. gefundene Thatsache nichts Befremdendes an sich habe, sondern die nothwendige Consequenz eines seit langer Zeit bekannten physiologischen Reizphänomens sei, welchem der lebende Muskel durch den Vorgang der Excission (und die Einwirkung der Reagentien) unterworfen sei. Es tritt nämlich unmittelbar nach der Excission eine beträchtliche Contration des Muskels, resp. des Muskeltheils ein, welcher herausgeschnitten wurde, die Primitivfasern verkürzen sich und erfahren dabei natürlich eine der Verkürzerung entsprechende Verbreiterung, durch welche sich sowohl die scheinbare Hypertrophie, als auch die rundliche Gestaltung und die scheinbare Kernvermehrung erklären. Versuche, welche die Verff. darauf hin an Kaninchen anstellten, haben diese Zuntz'sche Angaben bestätigt. Sie glauben diese am Kaninchenmuskel gefundenen Ergebnisse ohne Weiteres als Erklärung auf die von ihnen am Menschen gefundenen Thatsachen anwenden zu dürfen, durch welche die von vielen Autoren auf Grund der Befunde am ausgeschnittenen lebenden Muskel gestellten Diagnose „Hypertrophie“ in Zweifel gestellt wird.

E.

517) **Hans Laehr** (Schweizerhof): Versuche über den Einfluss des Schlafes auf den Stoffwechsel. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46. Heft 3. 1889.)

1. Vom Schlaf abhängig resp. mit ihm verbunden ist eine Abnahme der Urinmenge und der festen Bestandtheile, hauptsächlich der Chloride, in sehr geringem Masse wohl auch des Harnstoffes und der Schwefelsäure, dagegen eine bedeutende Zunahme der sauren Reaction.

2. Ruhige Bettlage bewirkt eine Steigerung der Urinmenge und — vielleicht damit zusammenhängend — eine geringe Erhöhung der Menge von Harnstoff, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Chlor.

3. Die Phosphorsäure-, Kalk- und Magnesiaausfuhr scheint vom Schlafe nicht beeinflusst zu werden. Kron.

518) **M. Nonne**: (Hamburg): Einige anatomische Befunde bei Mangel des Patellar-Reflexes. (Sep.-Abdr. ans der Festschrift zur Eröffnung des Neuen Allgem. Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf 1889.)

Im ersten Theile der Arbeit berichtet Verf. über zwei interessante Fälle spinaler Erkrankung, bei denen der Mangel der Patellarreflexe das Hauptsymptom *intra vitam* bildete.

I. Ludwig Pers, 36 Jahre alt, 1872 syphilitisch inficirt, keine Allgemeinbehandlung. Es bestehen noch manifeste Zeichen der Lues. Lungentuberculose. Von Symptomen, die das Nervensystem angehen, ist nur zu constatiren, dass der Patellarreflex links unschwer auszulösen, rechts nur durch sehr starkes Beklopfen der Patellarsehne, und lange nicht jedes Mal eine ganz schwache Contraction im M. quadriceps zu erzielen ist. Die übrigen Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten fehlen. Rechts war Patellar-Reflex 1 Monat vor dem Tode auf keine Weise mehr zu erzielen gewesen, links war er ca. 1 Woche ante mortem nicht mehr mit Sicherheit auszulösen. Bei der Section fand sich eine Degeneration der Hinterstränge; die Affection ragt beiderseits nach abwärts über die Westphal'sche Linie hinaus, theiligt also noch die Wurzel-Eintrittszonen rechts etwas mehr wie links. Die in den Hintersträngen des Lumbar- und Dorsaltheils befindliche Degeneration stand in ihren Anfängen, dem Typus der *Tabes* folgend. Der Mangel des Patellarreflexes erklärt sich durch die Erkrankung der Wurzeleintrittszonen. Da auch die Hinterstränge afficirt waren, so fasst Verf. den Fall als beginnende *Tabes* auf, die sich mit einer Seitenstrang-Degeneration complicirte. Die Affection trug übrigens den Charakter einer primären Degeneration, die Gefässe waren nicht alterirt, von einer chronischen Entzündung der Pia war nichts zu finden.

II. **Heinr. Buch**, 65 J. alt, Potator. Vor 22 Jahren *ulcus durum*. Schmierkur Erkrankt acut an Appetitlosigkeit, Durchfälle. Tremor linguae et manuum; ziemlich erhebliche Arteriensclerose. Bronchitis. Urin frei von Eiweiss. Schneller Verfall. Psychische Verwirrung. Patellarreflexe rechts vorhanden, links nicht auszulösen.

Section. Die Untersuchung des Rückenmarkes ergab eine im Beginn stehende, durch die ganze Länge des Rückenmarks sich ausdehnende Myelitis. Im mittleren Lendenmark beschränkt sich die Affection auf den obersten Theil der Westphal'schen Wurzeleintrittszone. Die

rechte Seite ist frei. Wie im vorigen Falle waren vordere und hintere Wurzeln, periphere Nerven und Muskeln nicht verändert.

Während diese beiden Fälle Beispiele von einer Unterbrechung des Reflexbogens im Rückenmarke darbieten, beschäftigt sich Verf. im 2. Theile seiner Arbeit mit der Unterbrechung des Reflexbogens an einer anderen Stelle. Die 5 mitgetheilten Fälle haben das Gemeinsame, dass bei ihnen das einzige mit Sicherheit intra vitam nachzuweisende Symptom einer Erkrankung des Nervensystems der Mangel des Patellarreflexes war. Viermal handelte es sich um Alkoholismus, einmal um Typhus abdominalis. Gefunden wurde bei allen eine parenchymatöse Degeneration peripherer Nerven; das Rückenmark mit seinen Wurzeln war intact, die Muskeln waren gesund. Syphilis war in keinem Falle vorhanden. Während in diesen Fällen die anatom. Untersuchung einen positiven Anhalt für das Fehlen des Patellarreflexes ergab, bot in einem Falle von schwerem Diabetes mellitus, bei dem das Westphal'sche Phänomen vorhanden gewesen, das Rückenmark und seine Wurzeln, der Stamm des N. cruralis, derjenige der motor. Aeste zum m. quadriceps gar keine Veränderung. Als Endergebniss des 2. Theils wird hervorgehoben, dass der Mangel des Patellarreflexes in manchen Fällen für die Affection peripherer Nerven — wie es für das Rückenmark längst festgestellt ist — ein Frühsymptom sein kann.

Goldstein.

519) von **Kahlden** (Freiburg): Beiträge zur pathologischen Anatomie der Addison'schen Krankheit. (Archiv f. pathol. Anatomie und Physiologie und f. klinische Medicin von R. Virchow, Bd. CXIV. Heft 1.)

Auf Grund eingehender Prüfung der einschlägigen Literatur und seiner eigenen Untersuchungen kommt v. K. zu dem Schluss, dass die Addison'sche Krankheit auf einer Veränderung der Semilunarganglien und des Plexus solaris beruht, und dass dieselbe einem mechanischen und chemischen Reiz, welchen gewöhnlich der tuberculöse, höchst selten der carcinomatöse Process in den Nebennieren ausübt, ihre Entstehung verdankt.

Des weiteren ergibt sich die Annahme, dass hier in derselben Weise die Bildung des Pigments wie in der normalen Haut von Statten geht, und dass dasselbe wahrscheinlich von dem Blute abstammt.

Pauli.

520) **G. Werdnig** (Graz): Ein Fall von disseminirter Sclerose des Rückenmarks, verbunden mit secundären Degenerationen.

(Sep.-Abdr. aus den medicin. Jahrbüchern. Neue Folge. 1889.)

Carl G., 56 Jahre alt, Tischlergehilfe, ist vor 4 Jahren bei der Arbeit zusammengestürzt; häufig Zuckungen; konnte den Urin nicht halten. Schmerzen in den Zehen, im Banch, Schultern, oberen Extremitäten. Beine wurden schwächer, zuckten öfters — keine Störungen in Gebiete der Hirnnerven und der Intelligenz. Um die Zeit der Untersuchung im Krankenhause *Wieden* sind die unteren Extremitäten schlaff, total gelähmt, anaesthetisch. Patellarreflexe beträchtlich ge-

steigert. Lähmung der Sphincteren, Schwäche der oberen Extremitäten, besonders der Hände. Wirbelsäule überall empfindlich. Ausgedehnter Decubitus in der Kreuzbeingegend; an den Knöcheln beginnender Decubitus in Form blauer Flecken der Haut. Tod erfolgt an Erschöpfung.

Sectionsbefund: Gehirn normal. Hirngefässe zart. Graue Degeneration in der ganzen Länge des Rückenmarkes und zwar im linken Seitenstrange. Im oberen Theil meistens auch die Hinterstränge grau. Stellenweise auch graue Verfärbung der rechten Seitenstränge und selbst der Vorderstränge.

Vom Verf. sind im Laboratorium Obersteiner's genaue microscopische Untersuchungen vorgenommen, die durch Abbildungen erläutert werden. Er entnimmt den letzteren, dass es sich in der Höhe des 3. u. 4. Cervicalnerven um eine aufsteigende Degeneration um sclerotische Herde in der Gegend beider Seitenstränge handelte. Dem 5. Cervicalnerven entsprechend ist der grösste Theil des Querschnitts in die Erkrankung einbezogen. Beim nächsten Schnitte finden wir einen ausgedehnten Herd auf der linken, und einen zweiten kleineren auf der entgegengesetzten Seite, während die übrigen Parthien des Querschnitts sehr arm an gesunden Nervenfasern sind. In der Höhe des 3. Dorsalnerven beginnt die absteigende Degeneration. Indem sie weiter nach abwärts an Umfang abnimmt finden wir sie schliesslich frei von neuen Herden, nur noch dem ersten Lumbalnerven entsprechend ist ein hinterer grösserer und vorne ein kleinerer Herd anzutreffen. Die meisten Herde sind lang gestreckt und durchziehen unter allmählig veränderter Form grössere Strecken des Rückenmarkes, meist bis an die Peripherie desselben reichend.

Pathologisch liess vielleicht die unzweifelhaft vorhandene Verdickung der Pia auf eine primäre Leptomeningitis spinalis, die zur Sclerose führte, schliessen — allein die Veränderungen der Pia sind doch zu geringfügig, um sie als Veranlassung zur Sclerose in diesem Falle hinzustellen. Verf. ist geneigt, die Sclerose selbst hier als primäre Erkrankung anzusehen. Die Wucherung des interstitiellen Gewebes führte zum Untergange der nervösen Bestandtheile. Die später eingetretene Schrumpfung des fibrösen Gewebes hat die an der Pia nachgewiesene Veränderung zur Folge gehabt. Mit der ziemlich allgemein acceptirten Ansicht (Charcot), dass bei der multiplen Sclerose die Axencylinder auffallend lange, auch nach dem Untergange der Markscheiden erhalten bleiben, stimmt der vorliegende Fall nicht überein, denn es wurde ein beinahe vollständiges Fehlen der Axencylinder nachgewiesen, so dass sich dieser Fall den von Fromman publicirten Beobachtungen anschliesst. Goldstein.

521) v. **Krafft-Ebing**: Ein Beitrag zur Athetosis idiopathica bilateralis. (Wien. klin. Wochenschr. 1889. Nro. 76.)

Anton Hebar, 42 Jahre alt, Maurer, wurde am 1. Dezbr. 1888 auf der Grazer Nervenklinik aufgenommen. Am 29. Septbr. fuhr Pat. 3 Stunden lang bei strömendem Regen auf offenem Wagen. Am 30. Septbr. grosses Kältegefühl, am 1. Oktober konnte er den Löffel nicht in der

Hand halten. Die Finger beider Hände bewegten sich spontan, langsam, rhythmisch, spreizten, näherten, reckten und streckten sich.

Stat. praes. Kältegefühl in beiden Oberextremitäten, Finger in beständiger Bewegung. Die linksseitigen Finger Muskeln sind stärker theilhaft. Ausgenommen seltene Bewegungen der zweiten Phalanx des vierten und fünften Fingers, finden die krampfhaften Bewegungen nur in den Metacarpophalangealgelenken statt und bestehen in Flexion mit Adduction des Daumens. Episodisch wird auch Ab- und Adduction, sowie leichte Dorsalflexion beobachtet. Keine Spur von Ataxie oder Intentionszittern. Händedruck rechts sehr schwach. Leichte fibrilläre Zuckungen der Muskeln der Daumenballen.

Die tiefen Reflexe an den oberen Extremitäten, besonders rechts, gesteigert. Patellarreflex beiderseits gesteigert; ebenso Achillesreflex. Kein Fussclonus.

Sensibilität an beiden Händen erheblich gestört. Auf dem Dorsum manus et digitorum werden Tast-, Temperatur- und Schmerzindrücke kaum wahrgenommen. Pat. klagt über ein Gefühl, als ob die Finger an beiden Händen mit Leder überzogen wären. Ord. 5,0 Kal. bromat. Galv. Behandlung täglich, stabil 3', 2 M. A. Anode plex. brachialis, Kathode im Nacken. Im Schlafe nie krampfartige Bewegungen. Kältegefühl verliert sich, Besserung der Sensibilität. Krampfbewegungen nehmen ab. Behandlung musste wegen Abreise des Pat. unterbrochen werden.

Abgesehen von der Seltenheit beiderseitiger idiopathischer Athetose interessirt der Fall wegen der mit ihm combinirten anderweitigen Erscheinungen, die jedenfalls central bedingt waren: Kältegefühl Sensibilitätsausfall, Steigerung der tiefen Reflexe, fibrilläres Muskelzittern, Herabsetzung der groben Kraft. Der Fall dürfte geeignet sein, Eulenburg's Hypothese, die motor. Rindenfelder bei der Athetose anzuschuldigen, als Stütze zu dienen.

Goldstein.

522) O. Kobler (Wien): Ueber einen complicirten Fall von neuro-muskulärer Erkrankung. (Wien. med. Wochenschr. Nro. 18. 1889.)

Joh. W. war bei seiner ersten Vorstellung, im November 1887, 8½ Jahre alt. Im ersten Lebensjahre des kleinen Patienten soll eine Lähmung des rechten Armes eingetreten sein, die sich später auf eine Lähmung im rechten Schultergelenke einschränkte. Verf. fand die Muskelgruppe Deltoidens, Biceps und Brachialis internus fast absolut gelähmt, atrophisch und electricisch unerregbar, während die Muskulatur des Schultergürtels, Pectoralis, Trapezium, Rhomboidei, Latissimus dorsi und die eigentliche Schulterblattmuskulatur im Vergleiche mit der linken Seite abgemagert, aber sonst functionstüchtig und erregbar ist. Die Muskulatur der peripherischen Theile derselben Extremität ist intact, nur die Dorsalflexion der Hand ist weniger vollkommen, Vorderarm und Hand aber im Ganzen ein wenig in der Entwicklung zurückgeblieben. Im 3. Lebensjahre trat eine Volumszunahme ohne Kraftverminderung an der Muskulatur des rechten Oberschenkels ein; der

Gang des Kranken ist abnorm und erinnert deutlich an die Fortbewegung bei Pseudohypertrophie. Spastische Erscheinungen an beiden Unterextremitäten: Steigerung der Reflexe, Tremor und Erhöhung des Muskeltonus.

Die Annahme der Erb'schen Form juveniler Muskelatrophie wurde hinfällig durch die Anamnese, zufolge welcher die Erkrankung zu einer Lebensperiode auftrat, in welcher progressive Muskelatrophie noch nicht beobachtet wurde; ferner sprach das plötzliche Einsetzen der Lähmung der Hebemuskel des rechten Armes mit erst später folgender Atrophie und regressivem Verlaufe für eine *spinale* Erkrankung, eine *Poliomyelitis acuta anterior*. Die Veränderungen an dem Schultergürtel derselben Extremität jedoch sind nach dem Verf. nicht als Folge der abgelaufenen *Poliomyelitis* aufzufassen. Die Beobachtung, dass der *Pectoralis major* unter den Augen des Verf.'s an Masse einbüsste, liess einen progressiven Process vermuthen, eine progressive Muskelatrophie, die heut zu Tage als rein myopathische Affection betrachtet wird. An der unteren Extremität hinwiederum beginnt mit dem 3. Lebensjahre ein neuer die Krankheit complicirender Process, eine primäre Muskelkrankung, die ihren Ausdruck in einer echten Hypertrophie findet. Die erwähnten spastischen Erscheinungen endlich, die Rigidität der Muskulatur, die Steigerung des Patellarsehnenreflexes und das Auftreten des Dorsalklonus auf der afficirten rechten Seite sind wieder als spinale Symptome aufzufassen.

Der vorliegende Fall würde demnach 4 Krankheitstypen enthalten, die in chronologischer Reihenfolge sich präsentiren:

1. Als unzweifelhafte *Poliomyelitis ant. acuta* (also als spinale Affection).
2. Als eine ziemlich rasch progressive Atrophie an den Muskeln, welche den von der *Poliomyelitis* betroffenen Muskeln topisch wie functionell am nächsten liegen.
3. Als eine echte Hypertrophie (also eine primäre Muskelerkrankung).
- 4) Als spastische Erscheinungen (Spinalerkrankung).

Nach Analogie einiger aus der Literatur mitgetheilte Fälle, und mit Rücksicht auf die Auffassung von Möbius, wonach der motor. Apparat: spinales Centrum, Nerv und Muskel als typische Einheit hingestellt wird, betrachtet Verf. seinen Fall ganz allgemein als eine in mehreren Perioden aufgetretene, auf verschiedene von einander ziemlich weit entfernte Gebiete des motor. Apparates localisirte Erkrankung. Die im ersten Lebensjahre überstandene *Poliomyelitis* bildete das erste Glied in der Kette von Erkrankungen und an diese schloss sich dann in weiterer Folge nach jahrelanger Pause eine Muskelatrophie an der oberen Extremität, ferner eine Hypertrophie der unteren Extremität und eine Affection der Seitenstränge der grauen Substanz.

Vielleicht wird in Zukunft die einheitliche Auffassung motor. Systemerkrankungen eine grössere Beachtung finden. — Es sei zu diesem Zwecke die wörtliche Wiedergabe der betreffenden Bemerkungen von Möbius (*Schmidt's Jahrbücher* Bd. 185. S. 197) hier gestattet:

„Der motor. Apparat: spinales Centrum, Nerv und Muskel ist, wie Sigmund Mayer dies treffend hervorhebt, eine trophische Einheit, seine Theile sind solidarisch verknüpft. Man wird desshalb, will man überhaupt den Begriff der Systemerkrankungen festhalten, von Erkrankungen des motor. Apparates reden müssen, die functionelle und trophische Einheit erkrankt, nicht die histologische. Von diesem Standpunkte aus wird der Streit, ob Muskel, ob Nervenkrankheit, ein ziemlich inhaltsloser.“
Goldstein.

523) **Seggel** (München): Die ophthalmoscopischen Kennzeichen der Hirnsyphilis. (Deut. Archiv f. klin. Med. 44. Band, 4. Heft.)

Bekanntlich hat Ostwald unter Zugrundelegung von 7 Fällen den Nachweis zu führen versucht, dass die syphilitische Retinitis auf einer Erkrankung der arteriellen Endäste beruhe und dass sich im Auge ein ähnlicher Process abspiele wie bei der Heubner'schen Endarteritis syphilitica der Hirnarterien. Das Bild derluetischen Netzhauterkrankung sei nach ihm durch kleine trübchenartige grau-weiße Herdchen gebildet. Diese Erkrankung trete relativ früh nach der Primäraffection auf. Sie sei ein sicherer Beweis für Hirnlues. Verf. wendet sich gegen diese Anschauung. Er erkennt zwar diese Ostwald'schen Netzhautinfiltrate an, hält aber ihre Gegenwart für die Annahme einer Gefässerkrankung weder für genügend, noch für gerechtfertigt. Er hat in 3 Beobachtungen durch den Augenspiegel die Diagnose derluetischen Peri- und Endarteriitis gestellt und bespricht die Gefässveränderungen wie folgt: Auffällig breite weiße Reflexstreifen, Verschwinden der Doppelcontours; Umwandlung des Hellroth der Blutsäule in Schwarzroth; zunehmende Verengung der Gefässe zu feinen weissen Streifen. Auf Schmierenn Rückgang aller Symptome in umgekehrter Reihenfolge. Diese Befunde seien die Analoga der Heubner'schen Arterienerkrankung, gehörten auch wie jene zu den Spätformen der Syphilis. Zum Schluss empfiehlt er dringend bei Verdacht auf Hirnlues den häufigen Gebrauch des Augenspiegels. Die geschilderten Gefässveränderungen verursachten keine Sehstörungen. E.

524) **Max Weiss** (Wien): Eine Methode mechanischer Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und functioneller Nervenkrankheiten. (Allg. Wien. med. Ztg. No. 40, 1889.)

Bereits vor 5 Jahren (s. Centralbl. f. d. ges. Ther., 1884) hat Verf. seine mechanische Behandlungsmethode in Anwendung gezogen, von der er damals nur in Fällen von Spondylitiden im mittleren und unteren Abschnitte der Wirbelsäule Gebrauch gemacht hat, und zwar in allen Fällen mit vollkommenem Erfolge: „der spondylitische Process verlief stets günstig und während des Ablaufes desselben wichen auch die Symptome der consecutiv aufgetretenen Compressionsmyelitis, die in allen derartigen Fällen den clinischen Character der spasmodischen Spinalparalyse an sich trägt, vollständig zurück.“

Das Wesen der qu. mechano-therapeutischen Methode liegt in der

durch dieselbe bei horizontaler Rückenlage des Patienten hervorgerufenen Extension der Wirbelsäule, der Distraction der im Verlaufe des spondylitischen Processes erkrankten und devirten Wirbel und in der gleichzeitig erzielten indirecten Elongation der ein- und austretenden Nervenbündel im dorso-lumbalen Abschnitte der Wirbelsäule.

Das von Charcot (Paris) im Januar d. J. in die Therapie chronischer Rückenmarkskrankheiten eingeführte Suspensionsverfahren gab nun Verf. die Anregung, seine qu. Methode auch bei *chronischen* Erkrankungen des Rückenmarkes und bei functionellen Nervenkrankheiten zu versuchen, wobei er gleichfalls zu günstigen Heilergebnissen in derartigen Fällen gelangte. Seit Anfang März d. J. wendet er diese Methode, die er als „Distractionsmethode“ bezeichnet, in Fällen von Tabes dorsalis, von secundärer und primärer spastischer Spinalparalyse, von absteigender Degeneration nach Herderkrankungen im Gehirn, in einem Falle von Paralysis agitans und schliesslich in Fällen von Neurasthenia spinalis und Neurasthenia sexualis an. Zu diesem Zwecke hat Verf. den vor 5 Jahren nach seinen Angaben construirten Extensionsapparat behufs Ermöglichung seiner Anwendung in diesen Krankheitsfällen von den Mechanikern Gunz und Esterlus (Wien) wesentlich modificiren lassen, und gestattet derselbe in seiner neuen Gestaltung eine leichtere Handhabung und Transportabilität.

Die Bestandtheile des Apparates sind folgende: 1) Ein Beckengurt mit zwei Oberschenkelschlingen behufs Vornahme der Extension (resp. Distraction); 2) ein Brust-Schultergurt mit Armschlingen; 3) ein Kinn-Nackenhalter behufs Ermöglichung einer Contraextension; 4) eine Lagerstätte, an deren Kopf- und Fussende je eine maschinelle Streckvorrichtung (von Gunz) angebracht ist. Ausserdem wird zur Messung der jeweilig verwendeten Zugkraft ein Dynanometer in die Streckrichtung eingeschaltet. Der Beckengurt, der aus Leder gearbeitet ist und dessen Innenfläche, um bei Application desselben an den hervorragenden Stellen der Beckengegend Druck zu verhüten, mit einer dünnen Polsterauflage versehen ist, schmiegt sich knapp dem Beckencontour an, was überdiess durch eine s förmige Schweifung der Seitentheile des Gurtes leicht ermöglicht wird. Die Continuität der Rückseite des Gurtes ist durch eine Schnürrvorrichtung unterbrochen, um nötigenfalls denselben zu erweitern oder zu verengern; an der Bauchseite ist der Gurt behufs Verschlusses mit zwei Lederschnallen versehen. An der Aussenfläche der Seitentheile des Beckengurtes sind 2 Schenkelschlingen angebracht, die von rechts (links) aussen oben nach vorne (hinten) und innen unten convergirend verlaufen und an deren Enden 2 Metallringe befestigt sind, mit welchen das Extensionsseil der Streckvorrichtung verbunden wird. Zu beiden Seiten des Beckens greift der Gurt über den Darmbeinschaufeln tief in die Taille ein, wodurch die knapp unter dem oberen Rande und gerade in der Mittellinie der lateralen Fläche des Beckengurtes befindlichen Angriffspunkte der Zugkraftcomponenten, welche durch die vorderen und hinteren Theile der Schenkelschlingen repräsentirt werden, von vorn nach hinten, in der Ebene der oberen Beckenapertur und in der durch die Wirbelsäulenaxe gedachten Frontal-

ebene unverrückbar festgehalten werden, damit bei einer solchen Anordnung die Endresultante der Zugkraftcomponenten gerade in die Richtung der Wirbelsäulenaxe falle.

Die zur Contraextension dienende Vorrichtung besteht, wie bereits oben erwähnt, aus dem Brust-Schultergurt und dem Nacken-Kinnhalter. Der Brust-Schultergurt ist nahezu 8 Finger breit, an seiner Vorderfläche sind 2 Lederschnallen behufs Verschlusses angebracht und zu beiden Seiten Armschlingen, die behufs Verlängerung und Verkürzung mit Schnallen versehen sind; jede Armschlinge trägt an ihrem oberen Ende einen Messingring (s. unten). Dort, wo der obere Rand des Brust-Schultergurtes in die Achselhöhle eingreift, ist derselbe mit einer Polsterauflage versehen; die Continuität der Rückseite des Gurtcs ist ebenfalls durch eine Schnürrvorrichtung unterbrochen, um nöthigenfalls denselben zu erweitern oder zu verengern. Kinn- und Nackenhalter bilden 2 von einander trennbare Stücke, die beim Gebrauche durch Riemchen miteinander vereinigt werden. Der Kinnhalter ist schleuderförmig gestaltet, umfasst mit seinem Mittelstücke das Kinn und verläuft mit seinen Seitentheilen an der Wange bis ein wenig über den Ohrlappen; der Nackenhalter wird knapp unter der Protuberantia occipitalis externa angelegt und mit dem Kinnhalter zu beiden Seiten am oberen Ende und an der Aussenfläche der Seitentheile des Kinnhalters angebracht ist und durch welchen überdies rechts und links ein stärkerer Riemen nach oben gezogen ist, der mittelst eines Messingringes in einer der am oberen Rande eines eisernen Bügels angebrachten Einkerbungen fixirt werden kann.

Die Lagerstätte, das Streckbrett, ruht auf 4 durch Charniere umlegbaren und überdies mit Metallspreizen, die zum Feststellen dienen, versehenen Füßen und ist an dem Kopf- und Fussende des Streckbettes ein Kloben mit einem vielfach gezahnten Rade sammt Anker und einer Radwelle angebracht; durch das obere Ende des Klobens und die Mitte des gezahnten Rades und der Radwelle geht eine Achse mit einem an der Seite des Ankers hervorstehenden Ende zur Aufnahme eines Schlüssels, mittelst welchem die freibewegliche Achse sammt der mit derselben fix verbundenen Radwelle und dem gezahnten Rade im Sinne der Richtung des in die Einkerbungen des gezahnten Rades einspringenden Ankers bewegt werden kann. In die Walze der Radwellen sind Oesen eingeschraubt, von welchen die Extensionsseile, die bei Nichtgebrauch des Apparates um die Walze gewickelt sind, ausgehen und welche an ihrem anderen Ende einen Carabiner tragen, der beziehungsweise zum Einschalten in die beiden Ringe der Schenkelschlingen und in die mittlere Oeffnung des am Kopfende des Streckbettes befindlichen eisernen Bügels dienen.

Die *Streckmethode* gelangt nach Verf. in folgender Weise zur practischen Ausführung: Nach Ablegung aller beengenden Kleidungsstücke wird vorerst der Beckengurt angelegt; der Patient steckt seine beiden Beine durch die Schenkelschlingen, die Rückseite des Gurtcs wird der lumbosacralen Gegend dicht angepasst und die Seitentheile desselben, die s-förmig geschweift sind, werden dem Becken knapp applicirt und greifen

tief in die Taille ein; auf der Bauchseite wird der Gurt durch 2 Riemengeschlossen. Nach Application des Brust-Schultergurtcs legt sich der Patient auf das Streckbett, wo demselben der Kinn-Nackenhalter angelegt wird. Die beiden Endringe desselben werden in jene Einkerbungen des eisernen Bügels geschoben, dass die Seitentheile des Kinn-Nackenhalters mit dem Mittelstücke desselben nahezu einen rechten Winkel bilden; die Ringe der Armschlingen des Brust-Schultergurtcs werden in die beiden hakenförmig gekrümmten Enden des horizontalen eisernen Bügels eingelegt. — Das zur Messung der jeweilig angewandten Zugkraft bestimmte Dynamometer wird zwischen dem unteren Extensionsseile und den Schenkelschlingen eingeschaltet. — Nachdem die Extensionsseile am Kopf- und Fussende des Streckbettes mittelst der an ihrem Ende angebrachten Carabiner, beziehungsweise an dem eisernen Bügel und dem Dynamometer, der durch einen Doppelcarabiner mit den in 2 Ringe auslaufenden Schenkelschlingen verbunden ist, fixirt worden, wird vorerst am Kopfende mittelst des Schlüssels bei eingelegtem Anker an dem hervorragenden Ende der Achse des Klobens von rechts nach links so lange gedreht, bis das Extensionsseil die erforderliche Spannung erlangt hat; hierauf wird dieselbe Procedur an der am Fussende der Lagerstätte befindlichen Extensionsvorrichtung vorgenommen und kann die Grösse der hierbei jedesmal aufgewendeten Zugkraft an dem eingeschalteten Dynamometer direct abgelesen werden.

Indem durch die Benutzung eines vielfach gezähnten Rades die Zugkraft gleichsam dosirt und durch das stete Einspringen eines Ankers in jede einzelne Einkerbung des gezähnten Rades die Distraction nur allmählich erhöht oder vermindert werden kann und schliesslich während der ganzen Procedur der Patient sich in horizontaler Rückenlage mit erhöhtem Kopfe befindet, sind nach Verf. bei Ausübung der eben beschriebenen mechano therapeutischen Methode jene Gefahren, welche dem Suspensionsverfahren anhaften, ausgeschlossen, und erklärt Verf. seine Distractionsmethode als „ein leicht ausführbares und jedwede unliebsame Eventualität von vornherein ausschliessendes mechanisches Verfahren“ in der Therapie chronischer Rückenmarkskrankheiten und functioneller nervöser Erkrankungen.

Aus seiner bisherigen, allerdings erst kurze Zeit dauernden praktischen Erfahrung über die qu. Methode ergaben sich ihm folgende Normen in Bezug auf Dauer, Art und Weise der Ausübung derselben:

Es darf vor Allem in keinem Falle die Distraction täglich vorgenommen werden; es genügt eine 2- höchstens 3 malige derartige mechanische Behandlung in der Woche. In den ersten 2—3 Wochen der Behandlung betrage die Dauer einer jeden Sitzung 5—10 Minuten, später kann dieselbe bis auf 15 und in geeigneten Fällen sogar bis auf 20 Minuten ausgedehnt werden; eine weit über 20 Minuten andauernde Distraction ruft nachhaltige Ermüdung hervor. Die Bestimmung der Grösse der anzuwendenden Zugkraft ist natürlich stets individuellen Schwankungen unterworfen. Im allgemeinen soll die Distraction allmählich vorgenommen werden, was durch langsame Drehung des Schlüssels, wodurch der Anker aus einer Einkerbung des gezähnten Rades erst in die nächst-

folgende einspringen kann, bewerkstelligt wird. Die Anwendung einer Zugkraft unter 15 Kilo macht gar keine Wirkung bei Erwachsenen; im Mittel bediente Verf. sich stets einer Tensionsgrösse von 45 Kilo; in einem Falle, der einen robusten 47jährigen Mann mit linksseitiger absteigender Degeneration nach einer Herderkrankung im Gehirn betraf, stieg er mit der Tension bis auf 65 kg., um eine erhebliche Wirkung zu erzielen. Uebrigens bediente Verf. sich jetzt bei Behandlung von Spondylitiden im untern Wirbelsäulenabschnitte nicht mehr des Gewichts, sondern der Kurbelexension, — also des oben ausführlich beschriebenen Extensionsapparates. In diesen Fällen nimmt er auch die Distraction täglich vor, und verbleibt der Pat. 2–4 Stunden, die auf den Vor- und Nachmittag vertheilt werden, in der Strecklage, doch übersteigt die hierbei aufgewendete Zugkraft nie die Grösse von 20 kg.; bei täglich 4- bis 5stündiger Distraction verwendet Verf. im Mittel eine Zugkraft von etwa 10 kg.

(Schluss folgt.)

525) Walter T. Colman (Brighton): On one form of puerperal eclampsia. (Ueber eine Form der Eclampsia puerperalis.)

(The Lancet. 23. Septbr. 1889.)

Ausser der durch Infection hervorgerufenen Eclampsia puerperalis entsteht dieselbe auch noch auf reflectorischem Wege durch Dehnung des Cervix uteri, vorzugsweise dann, wenn sich das Centralnervensystem in einem Reizzustande befindet. Es kommt somit in prophylactischer Hinsicht darauf an, die Rigidität des Cervix uteri und den Reizzustand des Centralnervensystems zu bekämpfen.

Beide Bedingungen erfüllt die interne Anwendung des Chloral in Verbindung mit Kalium bromatum.

Gegen die eclamptischen Anfälle leisten am meisten Chloroform-Inhalationen. Vielleicht auch Amylnitrit, das in derselben Weise zur Anwendung kommt, doch stehen C. nach dieser Richtung hin keine Erfahrungen zur Seite.

Das die Eclampsie begleitende Coma soll nach Verf. auf einer vasomotorischen Lähmung beruhen, die ebenfalls durch die Dehnung der Cervix uteri ausgelöst sei. Die Venaesection sei hier das beste Hilfsmittel.

Pauli.

526) A. Pick (Prag): Zur Lehre von den sogen. hypochondrischen Anfällen nebst Bemerkungen zur Pathologie der motorischen Sprachvorstellungen. (Prager med. Wochenschr. 1889. Nro. 13.)

Eine kurze Zusammenfassung der Literatur des betr. Gegenstandes zeigt, dass die Erkenntniss der Erscheinungen nicht tief eingedrungen ist. Der Fall selbst, den der Verf. seinen Bemerkungen vorausschickt, betraf eine 55 jährige, ledige Gastwirthstochter. Zusammengefasst bot die Kranke folgende Erscheinungen: bei einer schon früher einmal durch kürzere Zeit an melancholisch-hypochondrischen Erscheinungen erkrankt gewesenen Person ohne bekannte Veranlassung —

vielleicht ist hereditäre Belastung anzunehmen — entwickelte sich eine Krankheit, die charakterisirt ist durch verschiedenfältige, durch nichts als objectiv begründet nachzuweisende, abnorme Sensationen in den verschiedenen Körperabschnitten, durch ein dem entsprechend schweres Krankheitsgefühl und die Vorstellung schwerer Krankheit durch die offenbar secundär entstandenen und keine wesentliche Rolle spielenden melancholischen Selbstanklagen, und endlich durch eigenthümliche Bewegungserscheinungen. Es handelte sich um eine schwere Hypochondrie, eine sogenannte Hypochondria sine materia. Ganz vereinzelt geküsserte Vorstellungen bezüglich des Teufels stehen wohl an der Grenze zwischen Aberglauben und Wahnidee.

Besonderes Interesse erheischen die eigenthümlichen Bewegungserscheinungen. Typisch sind: Erhaltenbleiben des Bewusstseins während der Anfälle, der Einfluss der Vorstellungen und körperlichen Sensationen auf das Auftreten wie das Aufhören derselben, endlich der coordinirte, dem willkürlichen nahestehende Charakter der Bewegungen.

Die erstere Erscheinung differenzirt die Anfälle von den epileptischen und einen Theil der hysterischen; besonderes Interesse nimmt die Reihe von Bewegungen in Anspruch, die als Bewegungsimpulse in die Erscheinung treten; mit dem Auftreten der Vorstellung einer bestimmten Bewegung wird diese auch sofort in zwangsmässiger Weise ausgeführt. Unter diesen Zwangsbewegungen spielen diejenigen sprachlicher Natur eine wichtige Rolle. Die Kenntniss von den motor. Sprachvorstellungen, die neuerdings in der Lehre von der Aphasie ein so grosses Interesse beansprucht, ist jedoch keineswegs eine Erkenntniss der neuesten Zeit, sondern wie Verf. literarisch nachweist auf Jahrzehnte zurück zu datiren, wo sie in der Psychiatrie zur Erklärung verschiedener klinischer Erscheinungen herangezogen wurde, und niemals in Vergessenheit gerathen war. Goldstein.

527) Tilling (Rothenburg b. Riga): Ueber die bei der alcoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 46. Heft 3. 1889.)

Eine Anzahl mitgetheilte Krankengeschichten bestätigt die Erfahrung, dass sich zur alcoholischen Lähmung in der Regel Geistesstörung hinzugesellt. Für gewöhnlich handelt es sich dabei um Amnesie, bei rascherem Verlaufe eines Falles, bezw. Exacerbation eines chronischen Processes aber tritt Verwirrtheit auf, die wieder verschwindet, sobald der Krankheitsverlauf in ruhigere Bahnen einlenkt. Die alcoholische Neuritis multiplex ist danach nicht als ausschliesslich peripherische Affection, sondern als eine Erkrankung der peripherischen Nerven und des Gehirns anzusehen. Eine Rückenmarkserkrankung ist bei derselben noch nicht nachgewiesen, muss jedoch als wahrscheinlich gelten. Die Prognose der genannten psychischen Störungen ist in sofern nicht günstig, als sie meist einen Defect des Gedächtnisses hinterlassen. Kron.

528) **Lombroso**: Die Kriminaloiden. (Arch. di psich. 1889. II. — D. M. Ztg. 1889. 82.)

So bezeichnet **Lombroso** diejenigen Verbrecher, welche nicht wirkliche Verbrecher von Hause aus sind, aber nichts destoweniger nicht als rechtliche Männer gelten können; sie würden die Rubrik der bisher sogenannten Gelegenheitsverbrecher bilden. Der fundamentale Unterschied zwischen den Kriminaloiden und dem geborenen Verbrecher würde darin bestehen, dass bei diesem der äussere Impuls (*incentivo*) das geringere ist gegenüber der innerlichen verbrecherischen Tendenz, welche per se ipsam eine centrifugale Kraft besitzt, durch welche das Individuum bewogen wird, das Delict zu suchen und zu begehen; während bei dem ersteren es sich vielmehr um eine Widerstandsschwäche gegenüber den äusseren Impulsen handelt, denen dann die grössere, veranlassende Kraft zukommt. Die Kriminaloiden würden demnach eine Varietät der geborenen Verbrecher sein, die nur einen Anflug der Degeneration besitzt. Deshalb zeigen sie auch in den physischen und psychischen Eigenschaften eine Abschwächung, eine Graduirung der von den eigentlichen Verbrechern dargestellten Erscheinungen. Es ist aber bemerkenswerth zu beachten, dass bei 43 vom Verf. untersuchten Fällen 4 epileptisch, 3 hereditär waren. E.

529) **von Kraft-Ebing** (Graz): Verläumdung eines Richters. (Paranoia persecutiva querulans.) Gerichtsärztliches Gutachten.

(Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 40. Jahrg. Heft 3, Mai und Juni.)

Akten. Der Grundbesitzer Joseph P. aus P. processirt 1882 gegen seine Mutter wegen einer Kuh, die er als sein Eigenthum betrachtet, und benimmt sich im Termin auffällig, indem er davon läuft und sich mit einem Messer am Halse ritzt. Er verliert den Prozess, auch nach Restitution durch das Oberlandesgericht. Auf die Pfändung versuchenden Beamten geht er mit der Mistgabel los und ergeht sich in beleidigenden Aeusserungen über den Bezirksrichter. Er wird desshalb zu 3 Monaten verurtheilt, danach nimmt seine Querulanz derart zu, dass er sich über den Richter bis zum Ministerium hinaufbeschwert. Er stammt aus prozessstüchtiger Familie und ist selbst ein roher, prozessstüchtiger Mensch. Anfang 1885 überhäuft er den Richter im Termine mit verläumderischen Beleidigungen. Wegen Verdacht auf Verfolgungswahn erfolgt gerichtsärztliche Exploration.

Exploration am 19. u. 20. 8. 1885. Joseph P., 38 Jahre alt, verheirathet, Grundbesitzer, ergeht sich in unerschöpflichen Klagen über das Unrecht, das ihm Seitens der Gerichte widerfahren sei. Er liefert dabei den Beweis von stattgehabten Sinnestäuschungen und unlogischem Gedankengange, thut sich auch auf seine juristischen Kenntnisse etwas zu Gute. Der Vater sei kränklich gewesen. Explorat ist mittelgross, Schädel normal, linke carotis viel schwächer entwickelt, als die rechte. Auffallend ist stechender Blick und moroser, verbissener Gesichtsausdruck.

Gutachten. Explorat ist ein krankhaft veranlagter Mensch, der nach geringfügiger Gelegenheitsursache (verlorener Prozess) an Ver-

folgungswahn erkrankte. Der Wahn ist kein blosser Irrthum über That-sachen, sondern baut sich auf den falschen Prämissen von Sinnes-täuschungen auf.

Aus der Ueberzeugtheit von der Richtigkeit der falschen Wahr-nehmungen (Geständniss des feindlichen Richters u. s. w.) erklärt sich die Hartnäckigkeit und Rücksichtslosigkeit, mit der P. im Sinne seines Wahnrechts vorgeht. Derselbe ist gemeingefährlich und bedarf der Internirung in die Irrenanstalt.

Landsberg.

530) von Kraft-Ebing: Betrug. Ehrenbeleidigung. Paranoia que-rulans. (Friedr. Bl. f. ger. Med. u. s. w. 40. Jahrg. Heft 3, Mai u. Juni.)

Akten. Die Näherin Therese Gl. in L. verklagt im Jahre 1880 die Erben ihres Ziehvaters, bei dem sie von 1846—1867 in Diensten gewesen auf Zahlung von 280 fl. rückständigen Liedlohns, wird aber weil sich ihre Ansprüche als unbegründet erweisen, abgewiesen. Ebenso bleiben fernere Klagen derselben in 1882 und 1884, erstere wegen Legatansfolgung, die zweite wegen Betrugs, erfolglos. Vielmehr wird die Gl. Anfang 1885 vom Bezirksgericht W. bei der Staatsanwaltschaft wegen Uebertretung gegen die Sicherheit der Ehre verklagt, weil sie überall verbreite, dasselbe habe ihr gehörige Gelder unterschlagen. Auch stellt sich heraus, dass sie in Erwartung dieser Summen zahl-reichen Personen Beträge von etwa 100 Mark entlockt hat. Gensdarmerie und Gemeindevorsteher erklären sie für bös aber nicht geistes-krank. Dagegen stellt Advokat Dr. R. Briefe der Gl. zur Verfügung welche durch ihren auf Sinnestäuschungen beruhenden Inhalt auf Ver-folgungs- und Querulanten-Wahn hindeuten.

Persönliche Exploration am 27. 5. 1885. Explorata entwickelt ihre Prozessangelegenheiten mit grosser Redseligkeit und Ueberzeugtheit sie werde von allen Seiten verfolgt und wenn es so fortgehe, bleibe ihr nur der Selbstmord übrig. Obgleich sie schon 13 Mal erfolglos in Graz gewesen, könne sie nicht nachgeben, bis sie ihr Recht und Geld erhalten. Sie zeigt feindselige Apperceptionen und alogischen Gedanken-gang. Exploration ist mittelgross, Miene verstört, verwitert, Blick stechend; leidet an hysterischer Neurose. Ueber ihre Ascendenz weiss sie nichts anzugeben, da sie unehelicher Abkunft ist. Ihre Ziehmutter habe sie stets gequält.

Gutachten. Exploratin leidet mindestens seit 1880 an Wahnideen, die sich als Verfolgungswahnsinn mit der besonderen Nuance des Queru-lanten-Wahnsinns wissenschaftlich rubriciren lassen. Da sie gemeinge-fährlich ist und die Gefahr eines Selbstmords besteht, so bedarf sie aus Sicherheits- und Humanitätsgründung der Unterbringung in einer Irrenanstalt.

Landsberg.

IV. Aus den Academien und Vereinen

I. British Medical-Association in Leeds.

Sitzungen vom 13. bis 16. August 1889. (Inter. Kl. R. 1889 41)

Diskussion über Diagnose und Lokalisation der Gehirnabszesse.

Mageron (Glasgow): Die Gehirnabszesse sind in einer grossen Zahl der Fälle eine Komplikation der Otitis media, und aus diesem Grunde habe ich die Sektion für Otologie gewählt, um doch dieses Thema zu besprechen. Häufig fällt die Verantwortlichkeit für dieses Ereigniss auf den Ohrenarzt, welcher die Behandlung der scheinbar minder bedeutenden Affektion vernachlässigt hat.

Bei einigen Kranken ist der Ursprung dieses Uebels in einem tuberkulösen Herde in den Zellen des Zitzenfortsatzes gelegen und man mag wohl da im Auge behalten, dass in diesen Fällen der Ausfluss sehr mangelhaft sein kann. Die Tuberkulose des Zitzenfortsatzes ist eine häufige Ursache der tuberkulösen Meningitis. Die Differentialdiagnose zwischen einem Gehirnabszesse und der septischen Thrombose der Sinuse ist keineswegs leicht, namentlich wenn der Abszess mit einer septischen Meningitis komplicirt ist. Man darf daran nicht vergessen, dass der Abszess sich auch mit einer septischen Thrombose komplizieren kann.

Im Allgemeinen leiden die mit einem Gehirnabszesse Behafteten durch lange Zeit an einer Otitis media; plötzlich werden sie nach einer Erkältung, nach einem Trauma, oder ohne deutliche Ursache von heftigen Schmerzen im Ohre ergriffen. Der Schmerz steigert sich und ergreift allmählich den ganzen Kopf; manchmal — in der Regel nach Verlauf einer gewissen Zeit — wird die der Läsion entgegengesetzte Seite sehr schmerzhaft. Nach Verlauf von 24 oder 48 Stunden bemerkt man eine wesentliche Aenderung: zu gleicher Zeit wird die Frequenz des Pulses und der Respirationsbewegungen kleiner — eine Erscheinung, die in den Fällen von Thrombose nicht vorzukommen pflegt. Der Kranke wird somnolent, er begreift und antwortet langsam, er wird einsilbig, allein die Intelligenz bleibt erhalten. Zu dieser Zeit ist man in der Lage, die Symptome einer Neuritis optica zu constatiren, doch ist dies Symptom nicht constant; diese Affektion des Sehnerven scheint bei der Thrombose weniger häufig vorzukommen als beim Abszess. In den Fällen von Sinus-Thrombose bemerkt man ein häufiges Auftreten von Schüttelfrösten, während bei Abszess der Krauke vielmehr über eine vorübergehende Kälteempfindung klagt. Die Abmagerung erfolgt bei Gehirnabszess sehr rasch. Bei der Thrombose beobachtet man häufig einen lebhaften Schmerz längs der Vena jugularis interna und in der obern Partie des hinteren Halsdreieckes, manchmal bildet sich an dieser Stelle ein Abszess.

Der Gehirnabszess nimmt häufig einen letalen Ausgang; indem er in einen Ventrikel durchbricht, sind Coma und der Tod die nothwendigen Folgen dieses Ereignisses. Die Thrombose führt theils zu Pyämie, theils zu einer acuten Form der Cerebrospinal-Meningitis. Im

ersten Falle beklagt sich der Kranke über schmerzhaft Punkte in der Lunge. Der Schmerz ist sehr lebhaft, allein er dauert nicht mehr als eine oder zwei Stunden und man ist nicht in der Lage, objektive Anhaltspunkte dafür zu finden; hierauf erfolgt eine Expektoration und wenn man den Auswurf unter dem Mikroskop untersucht, sieht man Kügelchen aus Blut, Eiter, Bakterien in grosser Zahl; nach und nach treten die Symptome der septischen Embolie der Lunge immer mehr und mehr hervor und der Exitus letalis erfolgt. Ich habe mich mehr als einmal gefragt, ob wir es in diesen Fällen nicht mit einer septischen Pneumonie durch Inhalation zu thun haben; es ist nämlich die Annahme nicht unbegründet, dass zuweilen der ansteckende Stoff durch die Eustachi'sche Röhre in den Pharynx eintritt und von da bis zur Lunge vordringt, eine Erscheinung, die in gewissen Fällen von Amputation der Zunge vorzukommen pflegt.

Die Lokalisation der Gehirnbrabszesse ist nicht leicht; manchmal ist man in der Lage, nachdem man die Zellen des Zitzenfortsatzes trepanirt hat, der Wanderung des Eiters bis in die Schädelhöhle zu folgen. Parker empfahl eine Oeffnung im Processus mastoideus zu machen, um zu sehen, ob der Eiter längs der Vena mastoidea sich fortsetzt, was nach ihm ein Fingerzeig für eine Eiterung in der Kleinhirngrube wäre; was ich über diesen Punkt zu sagen habe, ist, dass dieses Zeichen zum mindesten unsicher ist. In den Fällen wo der Abszess in den Schläfenwindungen sitzt, bemerkt man nicht sehr häufig Störungen des Geschmackes und des Geruches; manchmal bemerkt man von der affizierten Seite eine Paralyse des dritten Nervenpaares erfolgen, während man von der gesunden Seite eine Parese des Armes und des Gesichtes sieht. Indem man sorgfältig die nervösen Symptome, deren Ausbreitung, deren Aufeinanderfolge studirt, kann man in gewissen Fällen mit Sicherheit die Diagnose auf einen Abszess der Temporo-sphenoidalwindung stellen.

Manchmal vergisst der Kranke nach der Eröffnung eines Gehirnbrabszesses die Erinnerung an all' das, was sich seit der schmerzhaften Krise ereignet hat, obgleich er in der Zeit, welche zwischen diesem Momente und der Operation verlaufen ist, das Bewusstsein nicht verloren hat. Er befand sich nur in einem Zustand von Halbschlaf (dreamy state), welcher keinen dauernden Eindruck im Gedächtnisse zurücklässt. Hughlings Jackson bemerkte dasselbe Phänomen in gewissen Fällen von Tumoren der Temporo - Sphenoidalwindungen.

Die Diagnose der Kleinhirnbrabszesse kann manchmal ohne grosse Schwierigkeit gestellt werden. In einem Falle, wo die Operation im letzten Stadium vorgenommen wurde, der aber nichtsdestoweniger in einer vollständigen Heilung den Ausgang genommen, konstatirten wir eine Rigidität der Masseteren, ein krampfhaftes Lachen und Somnolenz; die Sprache war saccadirt; der Kranke verlor nicht des Bewusstseins und antwortete auf die Fragen, die man an ihn gerichtet; er gähnte jeden Augenblick und erklärte ganz blind zu sein; die Temperatur war unter der Norm.

In einem Falle, wo der Abszess im oberen Wurm sass, bemerkte man Blindheit, Rigidität der Masseteren und die Tendenz auf die Seite zu rollen. Der Kranke starb, bevor man an ihm die Operation hätte vornehmen können und ich zweifle sehr wohl, ob es möglich gewesen wäre, den Abszess zu erreichen.

Field sah einen Fall von einem Gehirnabscess bei einem 26 jährigen Manne, der durch mehrere Jahre an einer Otitis media gelitten. Die Hauptsymptome waren Cephalalgie, hektisches Fieber und Nausea; keine Paralyse, keine Pupillendifferenz. Es wurde ein Abszess der Temporo-Sphenoidalwindung diagnosticirt und die Trepanation vorgenommen; die dura mater zeigte das Bestreben heranzutreten und zeigte keine Pulsation; es wurde indicirt, ohne dass man etwas gefunden hätte und die Senknadel wurde in verschiedenen Richtungen getaucht, ohne dass man irgendwo Eiter entdecken konnte, so dass man, ohne etwas ausgerichtet zu haben, die Wunde wieder schliessen musste. Der Kranke starb am folgenden Tage und man fand bei der Autopsie einen etwas unterhalb der mit dem Trepan erzeugten Oeffnung gelegenen Abszess; die Senknadel strich 2 Mal über den Abszess, allein der Eiter war zu dick, als dass er entleert werden konnte. Es ist — meint der Redner — von Wichtigkeit in jenen Fällen, wo man das Gehirn untersucht, um einen Abszess zu entdecken, keine Senknadel, wie es sonst üblich, sondern eine Aspirationsnadel in Anwendung zu bringen.

Hughlings Jackson behauptet, dass die Lokalisation der Gehirnabszesse denselben Regeln unterworfen ist, wie diejenige der Tumoren; übrigens glaubt Redner, dass die Diagnose nicht immer möglich ist, da ja Jedermann weiss, dass der Abszess, sowie jeder Tumor sehr lange latent bleiben kann. Untersucht man den Zustand des Gehör-, Geruch- und Gesichtssinnes, so soll man nicht allein nach dem Ausbleiben gewisser Funktionen suchen, sondern auch die Gegenwart der abnormen, subjektiven Sensationen zu konstatiren trachten. In gewissen Fällen von Läsion der Temporo-Sphenoidalwindungen glaubt der Kranke in gewissen Momenten einen eckelhaften Geruch zu empfinden, während seine Umgebung denselben nicht wahrzunehmen vermag.

II. Der erste internationale Physiologen-Congress in Basel.

(Corr. f. schw. Aerzte 1889. 19. 20.) ,

(Schluss.)

- 531) Prof. Horsley beschreibt kürzlich veröffentlichte Beobachtungen von ihm und Dr. Gotch, betreffend die *negative Stromesschwankung im Hüftnerve* bei Reizung desselben mit einfachen Inductionsschlägen sowie *im Rückenmark* bei Reizung der Grosshirnrinde. Ein anschauliches Bild der electrischen Vorgänge geben die durch photographische Aufnahme der Schwankungen des Capillarelectrometers erhaltenen Bilder.
- 532) Prof. Dastre (Paris), welcher die Wirkung der Anästhetica sehr eingehend studirt hat, demonstirt *einen für die Erkennung vollständiger Narcose werthvollen Reflex*, der sogar noch später als der Augen-

lidreflex schwindet. Es ist ein Zucken des Hautmuskels am Kinn, welches eintritt, wenn man (beim Hunde) den untern Theil der Oberlippe kitzelt.

533) P. Langlois (Paris): Ueber den *Einfluss der Anästhetica auf die Athembewegungen*. Hauptergebniss dieser gemeinsam mit Prof. Richet angestellten Versuche ist, dass die Kraft der Expirationsbewegungen unter dem Einfluss der Anästhetica, insbesondere des Chlorals, viel mehr afficirt wird als die der Inspiration; wird den Expirationsbewegungen eines tief narcotisirten Thieres auch nur ein Widerstand von 10–20 mm. Quecksilberdruck entgegengesetzt, so tritt sehr bald Asphyxie ein, was bei einem entsprechenden inspiratorischen Widerstand noch lange nicht der Fall ist. Für all diejenigen, welche zu practischen oder wissenschaftlichen Zwecken Menschen oder Thiere narcotisiren, dürfte diese Thatsache beachtenswerth sein.

534) Prof. L. Frédéricq zeigt am Hunde den Stenon'schen Versuch, d. h. die künstlich erzeugte Anämie der untern Rückenmarkspartie mit ihren Folgen, wobei er sich eines eigenen Verfahrens bedient in Gestalt einer in die Carotis eingeführten Sonde, welche unten in eine Gummipulpe mündet, durch deren forcirte Füllung mit Wasser die Aorta thoracica verschlossen wird. Sowohl in der motorischen als in der sensiblen Sphäre treten zuerst Reizungserscheinungen (Krämpfe, Schmerzenschrei etc.) und dann Lähmungen auf, beides aber bezüglich der Motilität viel früher als die Störungen der Sensibilität; nach Aufhebung des Verschlusses kehrt ferner die Empfindung früher als die Beweglichkeit wieder zurück.

535) Prof. Fano (Genua): Ueber die Function der Schilddrüse. Nach Exstirpation beider Schilddrüsenlappen starben dem Vortragenden alle Hunde unter den bekannten Symptomen; wurde ein Lappen übrig gelassen, so blieben die Thiere Monate lang am Leben, sogar wenn der stehengebliebene Lappen bei der Operation ziemlich misshandelt worden war. Das Befinden von Hunden, welche in Folge vollständiger Exstirpation cachectisch waren (Cachexia strumipriva), wurde durch starke Aderlässe vorübergehend gebessert. Der Vortragende erklärt sich daher die Cachexie durch eine Blutvergiftung, vor welcher das intacte Organ den Körper zu schützen hatte.

In der darauffolgenden Discussion stimmen nach ihren eigenen Erfahrungen über Schilddrüsenexstirpation die HH Prof. Herzen, Schiff und v. Tarchanoff dem Vortragenden darin bei, dass die Folgen der Entfernung dieses Organs nicht, wie Munk behauptet, von den Nebenverletzungen herrühren. Herr Herzen hat es für den weiteren Verlauf ganz gleichgültig gefunden, ob die Wunde per primam heilte oder in Eiterung überging. Prof. Schiff hat von 52 Hunden mit Totalexstirpation 48 verloren; von den vier übrig bleibenden paarten sich zwei und erzeugten epileptische Junge. Prof. Tarchanoff macht darauf aufmerksam, dass Unterbindung der Thyreoidalfäße dieselbe Wirkung habe wie die Exstirpation, unter anderem steige die O-absorption und CO₂-bildung auf das dreifache der normalen Menge.

Zum Schluss werden von den HH. Dr. Girard und Prof. Schiff Beobachtungen erwähnt, welche auf eine theilweise Regeneration der exstirpirten Schilddrüse hinzudeuten scheinen.

536) Prof. Herzen: *Die bilaterale Exstirpation des gyrus sigmoideus.* Bekanntlich gelingen die Reizversuche an den motorischen Stellen der Grosshirnrinde in den ersten Tagen nach der Geburt nicht. Der Vortragende hat nun gefunden, dass auch die Exstirpation des gyrus sigmoideus bei 6—10 Tage alten Hündchen nicht nur sofort nach der Operation, sondern auch später, nach dem Heranwachsen des Thieres keine auffälligen Störungen erzeugte. Ja sogar, eine gewisse Langsamkeit der Bewegungen, welche nach der Operation bemerkt wurde, verlor sich später wieder. Die nächste Annahme wäre nun, dass der gyrus sigmoideus der andern Seite die Function des exstirpirten übernehme; falls also beim erwachsenen Thier als dann dieser einzige noch übrige gyrus sigmoideus exstirpiert würde, müsste man nunmehr *doppel-seitige* Bewegungsstörungen erwarten. Aber merkwürdiger Weise treten nicht einmal die einseitigen Störungen auf, welche man sonst bei normalen Thieren auf diese Operation folgen sieht und welche auch bei einem Hunde desselben Wurfes beobachtet wurden. Allem Anschein nach ist also die Function nicht nur des exstirpirten gyrus, sondern auch des gleichnamigen gyrus der andern Seite von andern Hirntheilen wie Prof. Herzen vermuthet, von niedrigeren Hirntheilen übernommen worden. Prof. Arloing hat am Pferde eine ähnliche Beobachtung gemacht, welcher er aber eine andere Deutung gibt.

536) Prof. Stefani (Siena): *Beitrag zur Physiologie der Commissurenfasern.* Nach Exstirpation einer Grosshirnhemisphäre und des Auges derselben Seite bei Tauben kehrt, wie der Vortragende 1881 fand und seitdem mehrere Forscher (Munk, Gallerani, Fosola, bestätigt haben, der anfangs aufgehobene Gesichtssinn nach einiger Zeit wieder zurück; die Tauben können nicht nur wieder fressen und trinken, sondern auch unter Weizen- und Maiskörnern die Reiskörner herausuchen. Nach Ausrottung beider Hemisphären ist davon keine Rede; also muss sich eine Beziehung zwischen Auge und Hemisphäre derselben Seite hergestellt haben.

Man könnte versucht sein, dieses Verhalten etwa aus der Existenz ungekreuzter Opticusfasern zu erklären. Aber sowohl mikroskopische Untersuchung von Gallerani als auch namentlich nachstehendes von Gallerani unter Leitung des Vortragenden angestelltes Experiment macht eine andere Deutung wahrscheinlich. Zerstört man nämlich, nach der oben erwähnten Wiederherstellung des Sehvermögens den Lobus opticus auf der Seite des noch sehenden Auges, so wird das Thier abermals, und zwar für immer blind. Zerstört man vor der Entfernung der Hemisphäre den Lobus opticus der andern Seite, so stellt sich das Sehvermögen überhaupt nicht wieder her. Man muss also annehmen, dass das übrig gebliebene Auge durch Vermittlung der Commissur zwischen den beiden lobi optici sich mit der Grosshirnhemisphäre derselben Seite in Beziehung gesetzt hat.

V. Verschiedene Mittheilungen.

In Oberdöbling bei Wien ist Professor Max Leidesdorf, 72 Jahre alt gestorben. Er war gleich gross als Mensch, Arzt und Gelehrter; sein Andenken wird unvergesslich sein. Seine bekannte Privat-Anstalt wird von seinem Schwiegersohne Professor Dr. N. Obersteiner unverändert fortgeführt.

Die französische Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie, „L'Encephale“, redigirt von Professor Dr. Ball ist eingegangen.

Neues Schlafmittel. Von Apotheker Radlauer in Berlin ist ein neues Schlafmittel „Somnal“ in den Handel gebracht. Es soll ein Aethylirtes Chloral-Urethan von der Formel $C_7 H_{12} Cl_3 O_3 N$ sein, und wird aus Chloral, Alcohol und Urethan dargestellt. Somnal kommt als eine wasserhelle Flüssigkeit von etwas bitterem Geschmack in den Handel und löst sich leicht in Alcohol und Wasser. Es unterscheidet sich von dem bisher bekannten Chloral-Urethan durch den Mehrgehalt von 2 C und 4 H. Somnal besitzt einen Schmelzpunkt von $42^{\circ} C$ und siedet im Vacuum etwa bei $145^{\circ} C$. Dasselbe wird durch Zusatz von Silbernitrat nicht verändert, ebensowenig durch Säuren. Somnal wird in Dosen von 2 Gramm am Besten mit Zusatz von Solutio Succi Liquirit. oder Syrup. Rubi Idaei nach nachstehender Verordnung gegeben: Rcp. Somnal 10., Aq. destillat. 45,0, Solut. Succi Liquirit 20j. Des Abends 1 Esslöffel. In dieser Dosis von 2 Gramm bewirkt das Somnal nach vielen damit angestellten ärztlichen Versuchen (Dr. Paul Guttmann, Professor Dr. Senator, Professor Dr. Eulenburg, Dr. Zagorski in Warschau) schon eine halbe Stunde nach dem Einnehmen einen 6 bis 8 stündigen ruhigen Schlaf ohne nachherige unangenehme Nebenwirkung. Somnal soll keinen Einfluss auf die Verdauung, den Puls, die Athmung und die Temperatur ausüben, eine Behauptung, die bei der Zusammensetzung des Mittels a priori etwas unglaublich erscheint.

Das Königreich Sachsen wird in Radeberg eine *Anstalt für epileptische Kinder*, vorläufig 12 Betten. errichten. Später sollen auch Erwachsene aufgenommen werden. Hausarzt Dr. Zängel, Oberaufsicht: Med.-Rath Dr. Fiedler in Dresden. Pflege: Diakonissinen.

In Nürnberg starb 65 Jahre alt, Dr. Baierlacher, der Entdecker der Entartungsreaction. Der bekannte Neurologe war in der letzten Zeit zu einem eifrigen Anhänger des Hypnotismus geworden und hat noch kurz vor seinem Tode eine Brochure über die Suggestionstherapie veröffentlicht.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrstr. 23).

Monatlich 3 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 30 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

15. November 1889.

Nro. 22.

Inhalt.

I. Originalien. Ueber die hypnotische Wirkung des Chloralamids. Von Dr. Karl Schaffer, Assistenten der psychiatrischen Klinik in Budapest.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium. Von Dr. med. Schnirer in Wien.

Benedikt: Zur Klinik der Epilepsie.

Bum: Der gegenwärtige wissenschaftliche Standpunkt der Mechanotherapie.

III. Referate und Kritiken. Hammer: Zur Casuistik der sogenannten freien Cysticercen in den Hirnventrikeln. Gokjelow: Fall von Gehirnverletzung als werthvoller Beitrag zur Gehirnlocalisation. Schmaus: Zur Kenntnis der diffusen Hirnsclerose. Sachs: Polioencephalitis superior (nuclear ophthalmoplegia) and poliomyelitis. Morvan: De l'anesthésie sous les divers modes dans la parésie-analgésie. Charcot: Des crises gastriques tabétiques avec vomissements noirs. Boas: Ueber periodische Neurosen des Magens. Charcot: Abasie nach Kohlenoxydvergiftung. Charcot: Les effets nerveux de la foudre. Oulmont: Cécité subite par ramollissement de deux lobes occipitaux. Rabow: Ueber Hyocin. Fischer: Ueber die Wirkung des Hyocin. Nestel: I. Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der Migraine. II. Ueber eine physiologische Behandlungsmethode einiger chronischer Neurosen und Psychosen. Weiss: Eine Methode mechanischer Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und functioneller Nervenkrankheiten. Freih. v. Schrenck: Ein Fall von conträrer Sexualempfindung, gebessert durch hypnotische Suggestion.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

1. Französischer Verein für den Fortschritt der Wissenschaften.

Mossé: Gefühl von Wärme bei Paralysis agitans.

Pierret: Vergleichung der sensiblen und motorischen Tabes.

Crocq: Senile Epilepsie.

Mondot: Einleitung der Entbindung in Fällen von Eklampsie.

Arthaud und Butte: Neuropathische Albuminurien.

Baraduc: Magneten als Schädelarmatur.

Duménil: Oedem der unteren Gliedmassen mit neuritischem Ursprung.

Lays und Pierret: Pathologische Anatomie der Dementia.

Bourneville: Idiotie mit Myxödem.

Leclerc: Morbus Basedowii, Gangrän der beiden Corneae.

2. Società medico-chirurgica di Pavia.

Monti: Ueber eine neue Reaction der Elemente des Centralnervensystems.

I. Originalien.

Mittheilung aus der psychiatrischen Klinik zu Budapest.

Ueber die hypnotische Wirkung des Chloralamids.

Von Dr. KARL SCHAFFER,

Assistenten.

Ueber das jüngste Hypnoticum erschien bereits eine Anzahl von Abhandlungen, welche die Wirkung dieses Mittels theils gegen die Insomnie gewisser somatischen Krankheiten, theils gegen die im Verlaufe der Geisteskrankheiten erscheinende Schlaflosigkeit resp. Unruhe besprechen. Folgende Zeilen beziehen sich auf Versuche, welche ich am Krankenmaterial der psychiatrischen Klinik anstellte, und zwar machte ich meine Beobachtungen fast ausschliesslich an Geisteskranken, während die functionellen Krankheiten des Gehirnes, wie Hysterie und Hystero-epilepsie im Verlaufe dieser Versuche nur nebensächlich in Betracht kamen.

Das Chloralamid stellt farblose, kleine Krystalle dar von etwas bitterem Geschmacke; sie lösen sich im Wasser im Verhältnisse 1 : 15 ferner in 15 Theilen 95⁰/₁₀₀en Alcohol, im Wein und Aroac. Chemisch ist es ein Additionsproduct des Chloralanhydrits und Formamid von nachstehender Formel: $C Cl_3 CH \overset{OH}{\underset{NH}{\text{---}}} CHO$. Die Krystalle schmelzen bei 115° C., lösen sich im warmen Wasser leichter als im kalten, geschieht jedoch die Erwärmung über 60°, so spaltet sich das Mittel in seine beiden Componenten. Die Lösungen des Chloralamids werden durch verdünnte Säuren nicht angegriffen, während die Aetz- und kohlen-sauren Alkalien dieselben leicht zersetzen.

Die von verschiedenen Autoren angestellten Versuche und die von denselben gewonnenen Resultate sind kurz die folgenden:

Es wurde übereinstimmend constatirt, dass das Chloralamid auf die Frequenz des Pulses, auf die Temperatur, Diurese und Athmung keinen modificirenden Einfluss ausübt. Die Ansichten divergiren jedoch in Bezug der Einwirkung des Chloralamids auf die Verdauung, denn während Alt¹⁾ behauptet, dass die Function des Magens durch dieses Mittel nicht leidet, that Halász²⁾ seinen Versuchen entsprechend den Ausspruch „dass die Verdauung nach Einnahme von Chloralamid nicht unwesentlich verzögert wird“. Rabow³⁾ sah niemals einen störenden Einfluss dieses Mittels auf die Verdauung, sowie er auch störende Nebenerscheinungen nicht kennen lernte. Bezüglich der Einwirkung auf das Gefässsystem gelangte derselbe Autor zu keinem endgültigen Resultate. Alt und Halász constatiren übereinstimmend, dass das Chloralamid auch unangenehme Nebenwirkungen habe, wie Schwindel, Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, hie und da Brechreiz, welche Erscheinungen ungefähr eine Stunde nach der Einnahme sich zeigen und er-

¹⁾ Berliner klin. Wochenschr. 1889. Nro. 36.

²⁾ Wiener med. Wochenschr. 1889. Nro. 30.

³⁾ Dieses Centralbl. 1889. Nro. 15.

reichen nach Alt in ca. 3 Stunden den Höhepunkt, wobei eine geringe Frequenzzunahme des Pulses sich bemerkbar machte.

Was die Wirkung des Chloralamids gegen die Schlaflosigkeit resp. Unruhe der Geisteskranken anbelangt, so ist es nach den Erfahrungen von Babow bei Tobsüchtigen und sehr aufgeregten Kranken in den Dosen von 3—4 gr. vollkommen wirkungslos, während es bei Schlaflosigkeit in Folge von Alcoholumissbrauch bei nervöser Insomnie, bei Neurasthenie und Hysterie sich bewährte. Alt erzielte eine sedative Wirkung durch öfters verabfolgte kleinere tägliche Dosen (1—2 gr.), so erfolgte in je einem Falle von Delirium tremens, von erregtem hypochondrischem Irresein und hallucinatorischem Wahnsinne, sogar in einem Falle von epileptischer Tobsucht auf 3 gr. prompter Schlaf. Bei 13 Geisteskranken blieb die Wirkung auf 3—5 gr. abendlichen Dosen aus. In zwei Fällen von Chorea verschwand die Muskelunruhe vollständig.

Auf meine eigenen Beobachtungen übergehend, wandte ich das Chloramid bei folgenden Psychosen an:

1) Von 15 Fällen der *progressiven Paralyse* verschaffte es bei einfacher Schlaflosigkeit ungestörten Schlaf; bei geringerer Erregung wirkte es in Dosen von 4—5 gr. beruhigend; bei bedeutenderer Unruhe erzielten 6 gr., in einem zweiten Falle 5 gr. mit 1 cgr. Morphinum combinirt etwas Beruhigung, in einem dritten Falle schlief der Patient auf 5 gr. in der ersten Hälfte der Nacht. Ich hatte aber zahlreiche Fälle, in welchen 5 gr. mit Morphinum vergebens verabreicht wurden, und aus dem späteren Verlaufe der Versuche ergab sich evident, dass 3—4, ja auch 5 gr. bei gesteigerter Erregung resultatlos sind. Ein Paralytiker schlief auf 4 gr. Chloramid nicht, jedoch auf 3 gr. Chloral, eine Paralytica reagierte auf 4 gr. Chloral, woselbst 5 gr. Chloramid nichts ausrichtete.

2) In 5 Fällen von *Manie* zeigte sich nur bei der Mania mitis eine günstige Wirkung, während bei der Manie typica, noch mehr bei der gravis das erwünschte Resultat ausblieb. Das Maximum der Dosen war 5 gr.

3) In 5 Fällen der *hallucinatorischen Verwirrtheit*, besonders bei der mit grosser Erregung, tiefer Bewusstseinsstörung einhergehenden manisch gefärbter Form wurden 4 gr. vergeblich verabfolgt, während auf 2 cgr. Morphinum Schlaf erfolgte. Bei dem acuten sensuellen Wahnsinne resp. in einem Falle des acuten hallucinatorischen Verfolgungswahnes, welcher mit bedeutender Erregung und feindlichen Hallucinationen einherging, erwiesen sich 4 gr. wirkungslos, und nur nach dem Sinken der Erregung erzielte ich bereits mit 2 gr. Schlaf. In einem Falle von mit geringerer Unruhe verbundenen hallucinatorischem Wahnsinne ergab sich schon auf 3 gr. Ruhe für die ganze Nacht, während bei einem anderen in Genesung begriffenen Falle auch 2 cgr. genügend waren.

4) Bezüglich des *chronischen Wahnsinnes* vermag ich grösstentheils dasselbe zu sagen. Ein Paranoiker, welcher den Eindruck eines agitierten Melancholikers machte, schlief auf 3 gr. die ganze Nacht.

Zur Zeit der heftigen maniacalischen Erregung wurden 5 gr. oder 3 gr. Chloralamid + 1 cgr. Morphinum vergebens gegeben; in einem anderen Falle von erregtem Wahnsinne wurde kein Schlaf erzielt, trotzdem wir stufenweise von 2 gr. auf 5 gr. stiegen. während bei einem anderen unruhigen Paranoiker nach vergeblicher Verabreichung von 4 gr. auf 5 gr. Schlaf erfolgte. An einfacher Insomnie leidender Paranoiker schlief auf 2 gr. sehr gut. Das Mittel wandte ich in 6 Fällen des Wahnsinnes an.

5) In drei Fällen von *Melancholie* reichten bei einfacher Agrypnie 2 gr. vollkommen aus; in einem Falle erzielte jedoch das Mittel kein Resultat.

6) In drei ruhigeren Fällen der *epileptischen Psychose* bekämpften wir bereits mit 2 gr. die Schlaflosigkeit, während bei einem in hallucinatorischer Erregung befindlichen Kranken zu diesem Zwecke 4 gr. nothwendig waren; es gab jedoch Gelegenheiten, wo wir mit Chloralamid nicht ausreichten und zum Morphinum Zuflucht nehmen mussten.

7) In 2 Fällen *seniler Demenz* brachten 2 gr. ruhigen Schlaf.

8) Bei *Delirium tremens* liess mich das Chloralamid vollkommen im Stich. In keinem der 4 Fällen dieser Form konnte ich eine sedative Wirkung beobachten. Einem Deliranten, der wegen besonderer Unruhe, tiefen Bewusstseinstörungen isolirt werden musste und bei welchem massenhafte Sinnestäuschungen sich bemerkbar machten, gaben wir die erste Nacht erfolglos 5 gr., die zweite Nacht aber 5 + 1 cgr. Morphinum. In einem zweiten Falle versagten 5 gr. gleichfalls. Ein dritter Kranke, der Abends 6 Uhr 3 gr., dann um 9 Uhr weitere 3 gr. bekam, schlief auch nicht. Bei dem ersten Deliranten erschienen auf das Chloralamid, welches er später nach dem Abklingen der massenhaften Hallucinationen auch ferner gegen die Insomnie nahm, Indigestion und Appetitlosigkeit. Als Hypnoticum bewährte sich jedoch das Chloralamid auch bei diesen Kranken.

Ueberblicke ich jene Resultate, welche ich dem Chloralamid bei obgenannten Psychosen verdankte, so zögere ich nicht auszusagen, dass es als *Hypnoticum* bei einfacher Schlaflosigkeit mit gutem Erfolg verabreicht wurde, wobei noch in Betracht kommt, dass unsere Patienten, einen Alkoholisten ausgenommen, über Kopfschmerz, Ueblichkeiten oder sonstige unangenehme Nebenwirkungen sich nicht beklagten, als *Sedativum* jedoch bewährte es sich absolut nicht, da wir mit 5–6 gr. auch mit Morphinum combinirt, ferner in kleineren, zu verschiedenen Zeiten verabreichten Gaben (3–3) kein Resultat erzielten. So lange wir im Verlaufe einer Krankheitsform nur gegen die Insomnie kämpfen mussten, da konnten wir auf das Chloralamid rechnen, sobald es aber hiess, Unruhe und Erregung zu dämpfen, versagte das Mittel.

Ich wandte das Mittel bei 8 Krankheitsformen an 46 Kranken in 540 Einzelfällen an. Der Schlaf erfolgte in $\frac{1}{4}$ –1 Stunde nach der Einnahme; bei einer Maniaca erst in 3 Stunden; ein gewisses Verhältniss zwischen der eingenommenen Menge und dem zeitlichen

Eintritt des Schlafes konnte ich nicht herausfinden. Die Dauer des Schlafes variierte zwischen 2 und 7 Stunden, in Fällen der Unruhe und Erregung war das Maximum 2 Stunden.

Es erübrigt mir noch jene Resultate zu erwähnen, welche wir bei Anwendung des Chloralamid bei einigen Nervenkrankheiten erzielten. Wir wandten das Mittel bei Hysterie, Hysteroepilepsie und Hämatomyelitis in einem resp. drei, resp. einem Falle an.

Drei an Hysteroepilepsie leidende Patienten schiefen auf 1—3 gr. sehr gut, bei einer derselben zeigte sich die typische Wirkung des Chloralamids, daher möchte ich aus dem Journal dieser Kranken folgendes besonders hervorheben:

M. N., 20 Jahre alt, nahm bisher immer Chloralhydrat im Falle von Schlaflosigkeit.

Am 1. October nahm sie 2 gr. ein: guter Schlaf, Klage über Kopfschmerz.

Am 2. October abermals 2 gr.: heftigere Kopfschmerzen; Patientin verspürt tagsüber oft Schläfrigkeit.

Am 9. October 1 gr.: guter Schlaf.

10. October auf 2 gr. schlief Patientin in 15 Minuten ein; Dauer des Schlafes 8 Stunden; nachher keine Kopfschmerzen.

11. October auf 3 gr. Chloralamid zeigte sich am nächsten Tag heftiger Kopfschmerz, welcher besonders intensiv an der Stirne war und den ganzen Tag anhielt; appetitlos. Diese unangenehmen Erscheinungen verschwanden nach einem Tage.

13. October auf 3 gr. guter Schlaf.

Urin, Puls, Respiration während der Verabreichung des Chloralamids vollkommen normal. Ich erwähne, dass bei einer anderen Hysteroepileptischen 2—3 gr. andauernden Schlaf erzielten, doch beklagte sich die Kranke nachher über Kopfschmerz, Ueblichkeiten und Ohrensausen.

Eine Hysterische, die übrigens gewisse Gewohnheits-Medicamente hat und gegen jedes neue Mittel das grösste Misstrauen hegt, schlief auf Chloralamid nicht so gut wie auf Sulfonal, welches ihr habituelles Hypnoticum bildet.

Einer an Hämatomyelitis Leidenden brachten 2 gr. Chloralamid keinen Schlaf; die Kranke leidet viel an nächtlichen, schmerzhaften Zuckungen in den Unterextremitäten, welche sie immer erwecken; auf Chloralhydrat schlief die Kranke wenigstens in den zwischen den Zuckungen befindlichen Pausen; eine etwaige schmerzstillende Wirkung des Chloralamids konnte ich nicht beobachten.

Die letzteren Beobachtungen beweisen daher abermals, dass das Chloralamid ein leidliches Hypnoticum sei, welches jedoch bereits nach Dosen von 2 gr. unangenehme Kopfschmerzen verursachte, welche auf 3 gr. noch intensiver wurden; der Appetit wurde in solcher Dosis bei manchen Patienten entschieden beeinträchtigt, ferner entstand als ein bisher nicht beschriebenes Nachsymptom die Schlafsucht, welche ungefähr einen Tag anhielt.

Schliesslich will ich das Chloralamid mit unseren gebräuchlichen Schlafmitteln vergleichen, dessen Vortheile anderen ähnlichen Mitteln gegenüber hervorheben, sowie seine Indicationen feststellen.

Vor allem kommt das verwandte *Chloralhydrat* in Betracht, vor welchem das Chloramid den Vorzug besitzt, dass es auf das Herz nicht schädlich einwirkt. Ferner ist es bekannt, dass die Hysterie und Hysteroepilepsie sowie Epilepsie die Contraindication des Chloralhydrats bilden, obwohl ich mich überzeugen konnte dass manche der Hysteroepileptischen nur auf Chloralhydrat reagirten, während jedes andere Hypnoticum Fiasco macht; so eben hob ich hervor, dass die Hysterischen auf 2, ja bereits auf 1 gr. Chloralamid gut schliefen, somit erscheint es zweckmässig vor dem Chloralhydrat, welches bei einer Hysteroepileptischen häufiges Herzklopfen verursachte, das Chloralamid zu versuchen.

Mit dem *Sulfonal* mag es schon aus dem Grund nicht concurriren, weil dessen Vortheil die längere Anwendbarkeit ist, es bewirkt keine Kopfschmerzen und Appetitlosigkeit, wie das Chloralamid nach bereits kurzer Zeit; ausserdem ist auch seine Wirkung bei den Hysterischen zufriedenstellend.

Dem *Amylenhydrat* ist es keinesfalls hintanzusetzen, denn dies ist auch ein schwächeres Mittel als Chloralhydrat und hat gleichfalls einen unangenehmen Einfluss auf die Verdauung.

Ueber *Paraldehyd* hat es den Vortheil, dass sein Geschmack nicht unangenehm ist; übrighens erzielt man in den Fällen von Unruhe und Erregung mit dem einen so wenig wie mit dem anderen.

Mit dem *Morphium* und *Opium* welche bei Angstzuständen, hauptsächlich bei Melancholie so vorzüglich wirken, vermag das Chloralamid die Concurrenz nicht zu bestehen, gleichwie es nicht neben *Hyosciamin* in Betracht gezogen werden kann, welches bei der mit tiefer Bewusstseinsstörung und grandiosen musculomotorischen Erscheinungen einhergehenden *Mania gravis* den Tob-Paroxysmen auf kürzere oder längere Zeit ein Ziel zu setzen vermag.

Die Indication des Chloralamids kann ich nach alldem nur auf die einfache Schlaflosigkeit beschränken, und auch in diesem Falle ist seine Anwendung in Folge der als Nachwirkung erscheinenden Kopfschmerzen. Ueblichkeiten und Appetitlosigkeit nicht immer erwünscht. Daher kann ich auch dieses Mittel als eine besondere Bereicherung unseres hypnotischen Heilschatzes nicht betrachten; wir werden allerdings das Chloralamid dort anwenden, wo schon verschiedene Hypnotica versucht wurden, oder in jenem Falle, wo wir durch das Auslassen eines ursprünglichen Schlafmittels zeitweilig zu einem anderen Hypnoticum Zuflucht nehmen müssen. Als Sedativum kommt es jedoch keinesfalls in Betracht.

Budapest, den 18. October 1889.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

Wiener medicinisches Doctoren-Collegium.

Von Dr. med. Schnirer in Wien.

Sitzung vom 21. October 1889.

537) Prof. Benedikt: *Zur Klinik der Epilepsie.*

Als Einleitung zu seinem Vortrag stellt B. 2 Fälle vor, die wegen ihres cephaloskopischen Befundes von Wichtigkeit sind. Der Schluss der aus solchen Befunden zu ziehen ist, kann nur dahin lauten, dass Abnormitäten des Baues das Recht geben auf Verdacht; weitere Schlussfolgerungen sind vorläufig. Der erste der 2 demonstrierten Fälle betrifft einen jungen Mann der mit Hemiplegia spastica infantilis behaftet ist. Es besteht bei ihm eine Hemiaplasie des Skelettes, die sich durch Verkürzung des rechten Armes äussert, ferner eine Asymmetrie des Kopfes zu Ungunsten der linken Seite und eine Verkürzung des Hinterkopfes auf der rechten Seite. Der zweite Patient ist ein Techniker, der trotz schwerer epileptischer Anfälle die Mittelschule mit Erfolg absolvirt hat und seinen Studien auf der technischen Hochschule fleissig obliegt. Es ist dies deshalb bemerkenswerth weil den Epileptikern so viele Hindernisse in den Weg gelegt werden, worüber später. Auch in diesem Falle besteht eine ähnliche Asymmetrie des Schädels wie im ersten.

Will man die Epilepsie classificiren, so muss man die von B. als *organische* bezeichnete Classe als die wichtigste obenan stellen. Es sind dies jene Formen bei welchen tiefe Veränderungen im Organe der Epilepsie, im Gehirne, stattfinden und zwar muss man unterscheiden: 1. die *angeborene* Form; 2. die *juvenile* Form; 3. die *Hystero-Epilepsie*. Die Mehrzahl der Fälle der letzteren Gruppe die Charcot als *grande hysterie* bezeichnet, sind nichts als Epilepsie in hysterischem Gewande; sie haben alle Stigmata der Epilepsie. Der den organischen Formen zu Grunde liegende anatomische Process ist *Porencephalie*. Dann haben wir die *symptomatischen* Formen, die *Reflexformen* und schliesslich die eigentlichen *hysterischen Convulsionen*, die auch als *Reflexconvulsionen* anzusehen sind.

Aus dem Befunde der Stigmata lässt sich heute die Diagnose der Epilepsie mit Sicherheit stellen. Der Werth dieses Befundes ist derselbe wie etwa der einer Spitzeninfiltration. Die Kopfformen sind genau dieselben wie bei hereditären Geistesstörungen, bei hereditären Selbstmördern, kurz wie bei allen stigmatisirten Individuen: *Verkürzung des Parietalbogens*, der sich über das Organ spannt, welches zur Epilepsie in wichtigen Beziehungen steht, nämlich die Centralwindungen. (Bei den psycho-epileptischen Formen beobachtet man, dass gerade der Stirnbogen zurückgeblieben ist.) *Asymmetrie* im Wachsthum; *Brachycephalia occipitalis dextra*.

Für das öffentliche Leben sind besonders 2 Formen von Bedeutung: die von Trousseau als „grosse Schwindelanfälle“ bezeichnete Form, bei welcher zu gewissen Zeiten Acte von zusammenhängendem

Bewusstsein in bewusstlosem Zustande ausgeführt werden und die *Psycho-Epilepsie*, welche deshalb von Wichtigkeit ist, weil die von ihr befallenen Individuen häufig mit dem Strafgesetze in Conflict gerathen.

Bezüglich der *Behandlung* ist B. der Ansicht, man solle die Epilepsie therapeutisch möglichst in Ruhe lassen. Die Prognose ist bei den organischen Formen eine sehr trübe: man kann wohl mittelst der Bromtherapie die Anfälle etwas seltener machen, aber hiermit ist nicht viel gewonnen weil sie dann um so schwerer auftreten. Die Bromtherapie schadet insoferne viel als Leute die Brom nehmen geistig schwerer arbeiten und die geistige Entwicklung für die Porencephalie von grösster Wichtigkeit ist. Bei sehr häufigen und sehr schweren Anfällen kann man immerhin Brom und Atropin anwenden. Absolut contraindicirt ist aber das Brom dann, wenn die Auffälle selten sind.

Da der epileptische Anfall nicht blitzartig auftritt, sondern Prodromalerscheinungen vorausschickt (vasomotorische — Farbenwechsel, und psychische — Veränderung des Charakters), so kann man bei Häufung dieser Prodromi therapeutisch eingreifen. Am wichtigsten ist dies bei der Psycho-Epilepsie; die Lente die ihren Zustand kennen, sind durch diese Prodromi avisirt, im Stande sich einzusperren und beobachten zu lassen. Derartige Individuen, wenn sie ein Vergehen oder Verbrechen begangen, gehören nicht in die gewöhnlichen Strafanstalten; für diese Unglücklichen müssten „Irrenhäuser für Verbrecher“ geschaffen werden. So lange aber eine solche Institution nicht besteht, müsste solchen Kranken eine ärztliche Curatel gegeben werden, welche berechtigt wäre, dieselben rechtzeitig zu confiniren.

B. bespricht ferner die Beziehungen der Epilepsie zum Ehegesetze und ist der Ansicht, dass alle die Descendenz belastenden Defecte (worunter auch Epilepsie) unter die Ehehindernisse aufgenommen werden sollen. Ebenso muss die Epilepsie als triftiger Ehescheidungsgrund angesehen werden. Sehr oft wird der Arzt in Verlegenheit gebracht, ob eine in seiner Behandlung gewesene Person (Braut oder Bräutigam) wirklich an Epilepsie leide. Beantwortet er die Frage mit Ja, so verräth er das Geheimniss seines Clienten, lengnet er, so trägt er dadurch zur Entstehung von epileptischen, geisteskranken oder alcoholischen Nachkommen bei. Diesen und ähnlichen Verlegenheiten, in die der Arzt nicht selten geräth, könnte dadurch abgeholfen werden, dass ein internationaler Congress für medicinische Moral einen internationalen Comment schaffen würde, an dem sich das Einzelindividuum halten könnte. Um der Verbreitung der Epilepsie und der Geisteskrankheiten Einhalt zu thun, müsste ebenso wie bei Infectiouskrankheiten auch bei belastenden Krankheiten die Anzeigepflicht obligatorisch sein.

Sehr oft werden junge Ehemänner von den Schwiegermüttern beschuldigt die Ursache der Epilepsie der jungen Frau zu sein. In dieser Beziehung ist ein objectives Merkmal, welches diese Beschuldigung zu Nichte machen kann, gewiss von grosser Bedeutung.

B. erörtert auch die *Beziehungen der Epilepsie zur Schule*. Die meisten Schullehrer schicken epileptische Kinder nach Hause, dadurch wird es den armen Kindern unmöglich gemacht sich zu bilden. Um diesem Uebelstande abzuhelpen muss vorerst ein Vorurtheil aus der Welt geschafft werden, nämlich die Ansicht, dass man durch den Anblick eines epileptischen Anfalls Epilepsie bekommen kann. Um den Schülern den Anblick eines epileptischen Anfalls zu ersparen, könnten die epileptischen Kinder in den Vordergrund der Säle in Sesseln mit hohen Lehnen placirt werden, welche beim Herannahen eines Anfalles aus dem Saale hinausgerollt werden könnten. Ferner muss bei der Prüfung epileptischer Kinder darauf Rücksicht genommen werden, dass Epileptiker vor und nach dem Anfälle psychisch alterirt sind und dass dieselben oft an vorübergehender Amnesie leiden. Deshalb dürfen epileptische Schüler nicht semestral geprüft werden. Schliesslich bemerkt B. zur physiologischen Pathologie der Epilepsie, dass Krampf keine Hyperkinose ist und dass derselbe mit den willkürlichen Muskeln nichts zu thun habe.

Auf die Bemerkung des Dr. Mittler, dass die juvenile Epilepsie heilbar sei, betont Benedikt, dass die organischen Formen der Epilepsie mit Porencephalie, bei denen die erwähnten Stigmata vorhanden sind, unheilbar ist. Man darf übrigens nicht übersehen, dass Epilepsie viele Jahre hindurch bestehen könne, ohne dass die nächsten Angehörigen des Kranken auch nur die geringste Ahnung davon hätten. Ein lehrreiches Beispiel dafür ist der Sohn Wunderlich's. Der junge Wunderlich war ein Freund des Hauses Benedikt's, der keine Ahnung davon hatte, dass ersterer an Epilepsie leide. Eines Tages erhält B. die Nachricht, der junge Wunderlich sei Tod im Bette gefunden worden, in seiner Hand ein Fläschchen Opium haltend. Bei der Section fand sich keine Spur von Opium (das Fläschchen war übrigens ganz unberührt), hingegen eine Aplasie der linken Gehirnhälfte. Auf Grundlage dieses Befundes stellte B. die Diagnose Epilepsie und in der That konnte sich nun Wunderlich erinnern, dass sein Sohn schon als Kind des Nachts an Anfällen gelitten hatte, die er nun als epileptische deuten konnte. — Ferner darf nicht vergessen werden, dass Epileptiker im späteren Alter zuweilen Dementia paralytica bekommen, die als Fortsetzung der Epilepsie anzusehen ist. Die schlimmste Prognose hat die angeborene Form; weniger traurig ist die Prognose bei der juvenilen Form und bei der Hystero-Epilepsie; so kann man im jugendlichen Alter Stigmata finden, die später verschwinden. —

Sitzung vom 28. October 1889.

538) A. Bum: *Der gegenwärtige wissenschaftliche Standpunkt der Mechanotherapie.*

Die Neurologie betreffend, sei aus diesem Vortrag der Satz hervorgehoben: *Nervenmassage wirkt als Nervenreiz*. Du Bois-Reymond und Heidenhain haben dargethan, dass der Nerv durch mechanische Eingriffe in einen Erregungszustand versetzt wird, welcher sich bei motorischen Nerven durch eine Zuckung, bei sensiblen Nerven

durch eine Schmerzempfindung äussert. Dieser Erregungszustand wird durch starken Druck, kräftige Bearbeitung des Nerven aufgehoben, durch mässigen Druck gesteigert. Diese von Heidenhain und Granville festgestellte Thatsache, welche für die Erklärung mechanischer und mechanotherapeutischer Eingriffe auf Nerven von grosser Wichtigkeit ist, wird durch die Versuche erhärtet, welche Zederbaum über die von ihm dem Nervendruck gleichgestellte Nervendehnung anstellte. Er zeigte dass die Belastung des Ischiadicus des Frosches bis zu 900 grm dessen Erregbarkeit erhöht, Ueberschreitungen dieses Gewichtes dieselben vermindert. Auch P. Vogt bemerkt, dass schwache Dehnung die Reflexerregbarkeit erhöht, starke dieselbe herabsetzt.

Aus diesen physiologischen Gesetzen ergeben sich die Indicationen für die mechanische Behandlung jener Krankheiten des peripheren Nervensystems, welche auf Veränderungen der Leistungsfähigkeit des der Hand zugänglichen Nerven beruhen. Wir sind im Stande Anästhesien resp. Lähmungen bewirkende Nerven durch minder energische mechanische Manipulationen zu erregen und andererseits im Zustande der Erregung befindliche, also Neuralgien resp. Krämpfe hervorrufende Nerven durch mechanotherapeutische Maassnahmen zu beruhigen. Stets setzen wir hiedurch einen Reiz, der im ersteren Falle gerade hinreicht, um die beabsichtigte Wirkung zu erzielen, im zweiten Falle in seiner In- und Extensität mächtiger sein muss, um seinen Zweck zu erfüllen.

Winternitz, welcher die bekannte Theorie von der Entstehung des Muskelrheumatismus durch Gefässcontraction und hiedurch bewirkte Hemmung der Circulation im Muskel, auf den Nerv überträgt, ist der Ansicht, dass eine Neuralgie dadurch zu Stande kommen kann, dass durch Contraction der Gefässe in Folge eines chemischen Einflusses eine Circulationsstauung im Nerven erfolgt. Hiedurch wird der im Nerven sich anhäufende Ermüdungsstoff nicht genügend neutralisirt, häuft sich daselbst an, bewirkt Ernährungsstörung, Reizung — Neuralgie. Bestärkt wird diese Theorie durch den Umstand, dass Querschnitte in Ruhe befindlicher Nerven alkalisch, solche gereizter Nerven sauer reagiren. Nach Winternitz wäre daher jede physikalische Wirkung bei der Neuralgie als eine circulationsbefördernde zu betrachten, was der physiologischen Wirkung der Massage bekanntlich durchaus nicht widerspricht.

Die directe Reizwirkung der Massage wird ihre Anwendung finden bei Neuralgien und Anästhesien, ferner bei Krämpfen und Lähmungen peripherer Nerven, sobald diese pathologischen Zustände als idiopathische imponiren. Hier wird auch der nach Cantani der blutigen Nervendehnung gleichwerthigen unblutigen (durch Hyperflexion der im Kniegelenke gestreckten Unterextremität im Hüftgelenke) Dehnung des Ischiadicus bei Neuralgien dieses Nerven ein entsprechender Platz einzuräumen sein.

Die indirecte Massagewirkung bei Erkrankungen des Nervensystems ist lediglich auf die Circulation und Ernährung befördernde Wirkung der Massage zurückzuführen.

III. Referate und Kritiken.

539) **Hans Hammer** (Prag): Zur Casuistik der sogenannten freien Cysticerken in den Hirnventrikeln (Prag. med. Wochenschr. 1889 Nro. 21.)

Das Gehirn kann geradezu als Lieblingssitz für die Invasion von *Cystercus cellulosae* angesehen werden, wengleich örtliche Verhältnisse eine grosse Rolle auch hier zu spielen scheinen. So sah z. B. **Bollinger** in München unter 14000 Sectionen nur 2 mal *Cysticerous* und diese beiden Male im Gehirn, während **Dressel** in Berlin unter 5300 Sectionen 87 Cysticerkenkrankung zählte, von denen 72 im Gehirn und den Gehirnhäuten sassen. Unter 5323 Sectionen, die vom Oktober 1882 bis Ende Dezember 1888 im path-anatom. Institute (Prof. Chiari) in Prag gemacht wurden, gelang es dem Verf. im Ganzen 28 Fälle von Cysticerkenkrankung, oder etwa 0,5% aller Fälle, ansfindig zu machen. Davon sassen im Gehirn und dessen Häuten 25, in den Ventrikeln speciell 7. Letzteres ist ein bei weitem selteneres und sehr importantes Ereigniss, das gewöhnlich mit schweren Störungen der Hirnfunction einhergeht. Während oftmals Cysticerken in den Hirnhäuten, ja in der Hirnsubstanz selbst, fast gar keine entzündlichen Erscheinungen hervorrufen, erzeugen Cysticerkusblasen in den Hirnventrikeln durchweg heftige Reizzustände, Hydrocephalus internus und Entzündung des Ependyms. Intra vitam beobachtet man die schwersten klinischen Symptome, heftige Kopfschmerzen, schwere epileptische Anfälle, Bewusstlosigkeit, Lähmungen und hochgradige psychische Störungen, plötzlichen Tod, besonders dann, wenn der Cysticerkus im IV. Ventrikel gelagert war.

Diesen gewöhnlichen Erscheinungen gegenüber ist nun in den letzten Jahren im Prager Institute eine Reihe von Fällen zur Beobachtung gelangt, die obgleich die Cysticerken in den Hirnventrikeln sassen und chronischen Hydrocephalus und Ependymgranulationen erzeugt hatten, intra vitam fast gar keine Symptome verursacht hatten. Es waren zufällige Befunde bei der Section. Gerichtsärztlich lehren sie, dass die Cysticerkuserkrankung, auch wenn die Finnenblase im IV. Hirnventrikel gelagert ist und einen beträchtlichen Hydrocephalus internus verursacht hat, nicht die unmittelbare Todesursache zu sein braucht. Von den 7 Fällen, die Verf. mittheilt, handelte es sich bei 6 um Ventrikelcysticerken, die ohne Hirnsymptome verlaufen waren; vier mal sass dabei der Cysticerkus in der IV. Gehirnkammer.

Goldstein.

540) **Gokjelow** hat am 9. Januar d. J. in der Kaukasischen medicin. Gesellschaft einen Fall von Gehirnverletzung mitgetheilt, welcher als werthvoller Beitrag zur Gehirnlocalisation zu betrachten ist.

(Protokolle der Kaukasischen medicinischen Gesellschaft 1888/9 Nro. 13.)

Ein 24jähriger Armenier erhielt von Räubern Stockschläge auf den Kopf, und verlor dar nachauf einige Stunden die Besinnung. Als er zu

sich gekommen war, konnte er nicht sprechen und seinen rechten Arm nicht bewegen, weshalb er von seinen Verwandten in das Michailow'sche Hospital zu Tiflis gebracht wurde. Hier fand man im Bereiche des tuber parietale sin. eine weiche, handtellergrösse, schmerzlose, fluctuierende Geschwulst, welche bei vorsichtigem Drucke mit dem Finger eine trichterförmige Delle hinterlässt und in ihrer Mitte eine 1 Zoll lange Wunde der Schädelhaut trägt: sie liegt von der linken äussern Gehöröffnung 12, von der rechten 26, von der Vereinigung des Os frontale mit dem Os nasale 16 cm. entfernt. Der Kranke ist bei vollem Bewusstsein, hört und versteht vollkommen die ihm gestellten Fragen, kann sie aber nicht beantworten und stösst mit grösster Anstrengung unbestimmte, an *e* und *a* erinnernde Laute aus, (atactische Aphasie). Ausserdem ist Parese des rechten Facialis, des rechten Arms und des rechten Hypoglossus vorhanden, das rechte Bein wird nicht so frei bewegt, wie das linke, Uebelkeit, zeitweilig Erbrechen. P. 90., T. 38° C., sonst Alles in Ordnung.

Die Diagnose wurde auf Verletzung der Gehirnrinde durch Knochensplitter, vielleicht durch ein Blutextravasat, im Bereiche der psychomotorischen Zone, von der Mitte bis zum Fusse der Centralwindungen und der dritten linken Frontalwindung gestellt. Trepanation der entsprechenden Stelle an Leichen legte meist den mittleren Theil des gyr. cerebral., besonders des vordern bloss.

Die am folgenden Tage unternommene Operation begann mit einem Kreuzschnitt durch die Weichtheile, nach Abpräpariren der dabei gebildeten Lappen fand sich in der Mitte der linea semicircularis ossis parietalis ein trichterförmiger Eindruck, von dessen Centrum die Bruchlinien des Knochens ausgehen, die vorhandenen 6 Knochensplitter wurden entfernt und unter ihnen eine formlose, aus Blutextravasat, kleinen Knochenstücken, zerrissenen Gehirnhautfragmenten und zertrümmerten Theilen der Hirnrinde bestehende Masse gefunden. Diese wurde entfernt, die zerrissenen Gewebe ausgeglichen, die Wunde gründlich gereinigt, mit 3/6 Carbolsäurelösung und 10/100 Sublimatlösung desinficirt und mit 50% Jodoformmarli tamponirt. Eine Stunde nach der Operation begann der Kranke einzelne Silben, selbst Worte auszusprechen, an demselben Tage fingen die vorhandenen an, zu verschwinden. Nach 4 Tagen konnte Pat. wenn auch mit Mühe, ganze Phrasen hersagen, nach 25 Tagen waren alle paretischen Erscheinungen verschwunden, der Kranke sprach vollkommen richtig und konnte die anamnestischen Daten mittheilen. 2 Monate und 4 Tage (Vorstellung des Kranken) nach der Verletzung wurde constatirt: Die Wunde ist verheilt, an Stelle der linken Tuber parietale ist eine handtellergrösse Vertiefung sichtbar, in deren deutlich pulsirenden Mitte eine kreuzförmige Narbe sichtbar wird, der Defect ist nicht mit Knochen, sondern mit Bindegewebe gedeckt, so dass man bestimmen kann, welcher Theil des Scheitelbeins verloren gegangen ist; Wundverlauf afebril.

Hinze.

541) Hans Schmaus (München): Zur Kenntniss der diffusen Hirnsclerose. (Archiv f. pathol. Anatomie; von R. Virchow. Bd. CXIV. Heft 1.)

Die diffuse Hirnsclerose, die gewöhnliche Folge einer Meningitis, die, im intrauterinen oder späteren Leben entsteht und auf das Gehirn übergreift, stellt eine chronische Entzündung des interstitiellen Bindegewebes des Gehirns mit dem Ausgange in Narbenbildung dar, und führt schliesslich auch zu anatomischen Veränderungen in den Ganglien.

Dieser Krankheitszustand unterscheidet sich von der progressiven Paralyse dadurch, dass bei dieser ebenso wie bei der senilen Atrophie die nervösen Elemente zuerst und vorzugsweise der Zerstörung anheimfallen und die Wucherung der Neuroglia nur eine Folge dieses Vorgangs ist, sowie dass sich stets Spinnenzellen, die Merkmale des Untergangs der eigentlich nervösen Gebilde (Wernicke), in grosser Anzahl vorfinden im Gegensatz zur Sclerose, wo sie nur spärlich vorkommen. Dieser Befund im Verein mit den zahlreich vorhandenen Mastzellen stellt die rein interstitielle Natur des Processes ausser Zweifel.

Dieselbe Natur scheint ferner in manchen Fällen von Hirnhypertrophie mit nachfolgender Schrumpfung des Narbengewebes in Frage zu kommen, einem Folgezustand verschiedener Affectionen, welcher an die hypertrophische Lebercirrhose erinnert. Pauli.

542) B. Sachs (New-York): Polioencephalitis superior (nuclear ophthalmoplegia) and poliomyelitis. (The americ. journal of med. sciences Sept. 1889.)

Ein 40 Jahre alter, kräftig gebaueter Mensch hat in der Jugend mehrere Ohnmachtsanfälle gehabt, später mehrmals Traumen erlitten, die aber keine dauernde Schädigung verursachten. Mit 25 Jahren stellte sich eine langsam fortschreitende Augenmuskellähmung beiderseits ein, so dass jetzt eine fast vollkommene Lähmung aller äusseren Augenmuskeln vorhanden ist. Mehrere Jahre später wurde das rechte Bein des Pat. allmählig schwächer und magerte ab. Pat. hatte vorübergehende heftige Kopfschmerzen und eine Entzündung des linken Auges. Pat. hatte nie Syphilis, war nie starker Trinker. Bei der Untersuchung ergab sich eine beiderseitige vollständige externe Ophthalmoplegie; die linke Pupille reagierte nicht auf Licht, wohl auf Accommodation; die rechte Pupille konnte nicht untersucht werden wegen iritischer Veränderungen.

Das rechte Bein war sehr stark abgemagert, kann nur noch im Knie etwas bewegt werden; die Muskeln sind zum Theil ganz verschwunden und geben also keinerlei electrische Reaction, zum Theil sind sie stark atrophirt und geben E.A.R. Sensibilität ist normal. Die Motilität und Sensibilität des linken Beines sind durchaus normal. Keine Spur von Ataxie, kein Romberg. Dagegen beiderseitig fehlendes Kniephänomen. Sonst ist Pat. gesund, zeigt vor allen keinerlei tabische Symptome.

Es handelt sich in diesem Falle um das Nebeneinanderbestehen von einer nuclearen Ophthalmoplegie und einer Poliomyelitis anterior subacuta, Krankheiten die offenbar auf demselben pathologisch-anatomischen Prozesse beruhen. Ein ähnlicher Fall ist auch von Seelig-

müller berichtet. Eigenthümlich diesem Krankheitsprozesse ist, dass er durchaus nicht immer sich in der Contiguität verbreitet, sondern sich beliebige Sitze aussucht, hier also die Ganglienzellen für Bein- und Augenerven befällt. Schwer erklärlich ist das linksseitige Fehlen des Kniephänomens, während alle Symptome von Tabes fehlen.

Stranscheid.

543) **Morvan** (Lannilis): De l'anesthésie sous les divers modes dans la paréso - analgésie. (Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. 30. Aug. 6. Sep. 1889.)

M. giebt in dieser Arbeit eine Ergänzung der von ihm im Jahre 1883 zuerst beschriebenen und nach ihm benannten Krankheit. Er hat damals nur flüchtige Sensibilitätsbestimmungen gemacht und wurde jetzt dazu veranlasst genauere Prüfungen vorzunehmen durch das Bestreben vieler Forscher die Morvan'sche Krankheit als ein Symptom der Syringomyelie hinzustellen. Eine wesentliche Unterstützung in der Arbeit der Scheidung beider Krankheiten fand M. in den Angaben von Gombault über zwei von ihm pathologisch-anatomisch untersuchte Fälle von Morvan'scher Krankheit. Das eine Mal untersuchte dieser einen wegen eines Panaritium amputirten Finger und fand dabei eine tiefe Laesion der Nerven dieses Fingers. In einem anderen Falle constatirte er bei der Autopsie Störungen sowohl des Rückenmarks wie der peripheren Nerven und zwar deutlich vorherrschend in dem Cervikaltheile des Rückenmarks und in den Nerven der oberen Extremitäten d. h. in den Partien des Nervensystems welche den Theilen entsprechen, wo die Symptome am frühesten und deutlichsten sind; es handelt sich bei der Rückenmarksaffection um eine Sclerose der Corticalzone mit Verdichtung der Gefäßwände.

Klinisch unterscheidet sich die Parese-Analgesie von der Syringomyelie zunächst durch das verschiedene Verhalten der Sensibilität. Bei ersterer ist in dem ganzen Bereiche der Analgesie auch der Tastsinn und der Temperatursinn gestört, wenn auch in ungleichem Maasse; dahingegen ist bei der Syringomyelie der Tastsinn in der Regel nicht gestört oder doch nicht in dem ganzen Bereiche der Analgesie. Was die trophischen Störungen bei beiden Erkrankungen angeht, so sind dieselben bei der Syringomyelie bei weitem nicht so ausgesprochen wie bei der Morvan'schen Krankheit. Bei letzterer kommen nicht selten Arthropathien vor, die den tabischen durchaus gleichen, desgleichen kommen Spontanfracturen vor. In der Hälfte seiner Fälle beobachtete Verf. Sklerose der Wirbelsäule. Nie fehlen Panaritien, die der Reihe nach alle Finger befallen können, sowie Hautrisse. Dagegen sind Panaritien Hautrisse, Skoliose bei der Syringomyelie bei weitem nicht so häufig.

Verf. hatte früher nur Fälle mit fortschreitendem Charakter gesehen, jetzt hat er auch Fälle von Morvan'scher Krankheit kennen gelernt, die stille standen, ja die grösstentheils zurückgegangen sind; so ist in einem Falle die Parese sowohl wie die Analgesie gänzlich verschwunden nur noch trophische Störungen bestehen weiter.

Ferner hat sich Verf. jetzt überzeugt, dass in manchen Fällen von einer Parese oder gar Paralyse nichts zu finden ist; in den ersten

Fällen war ihm die Parese immer begegnet und hatte er darauf hin den Namen „paréso-analgesie“ construiert, der also nicht ganz zutrifft.

Auch sonst hat Verf. Fälle beobachtet, in denen wesentlich nur trophische Störungen das Krankheitsbild ausmachten. Er schliesst mit folgenden beiden Sätzen:

1. pathologisch anatomisch von der Syringomyelie geschiedene Pareso-Analgesie kann auch klinisch von jener unterschieden werden durch die Wichtigkeit der trophischen Störungen bei dieser Krankheit und vor allem durch die constanten Störungen des Tastsinnes, welche der Pareso-Analgesie zukommen, dagegen bei der Syringomyelie fehlen.

2. In ihrer einfachsten Form ist die Pareso-Analgesie nur eine Störung der trophischen Centren des Rückenmarks; dehnt dieselbe sich von dem Centrum des Rückenmarks nach den Vordersträngen aus, so ruft sie Parese und Muskelatrophie hervor, dehnt sie sich auf die Hinterstränge aus, so erzeugt sie Analgesie und die übrigen Formen der Anaesthesia.

S t r a u s c h e i d.

544) Charcot (Paris): *Dés crises gastriques tabétiques avec vomissements noirs.* (Gazette médicale de Paris. 28. Sept. 1889.)

Bei einem 30-jährigen bis dahin ganz gesunden Manne traten im Jahre 1883 plötzlich sehr heftige anhaltende Schmerzen in der Magen-gegend auf, welche von schwarzem Erbrechen, das sich ungefähr alle 3 Stunden wiederholte, begleitet war. Dieser Zustand hielt 10 Tage an: während dieser Zeit war Pat. stark benommen, am ersten Tage erkannte er selbst seine Eltern nicht. Nach dieser Zeit verschwanden Schmerzen und Erbrechen völlig, nur Appetitlosigkeit blieb zurück. Später wiederholten sich derartige Krisen alle 38 Tage. Dem schwarzen Erbrechen ging regelmässig voraus das Erbrechen von Speiseresten. Ausserhalb der Krisen trat nie das Erbrechen von schwarzen Massen ein. Die Aerzte die hinzugezogen wurden, hielten die Affection zuerst für ein Magencarcinom, später für ein Magengeschwür und leiteten die entsprechende Therapie ein. Erst 3 Jahre später, als sich Ataxie einstellte, dachte man an Tabes dorsalis. Und doch hätte man von vorn herein die wahre Natur des Uebels erkennen können. Nicht nur sprach für Tabes das krisenartige Auftreten, es waren noch andere Symptome von Anfang an da, welche eine sichere Diagnose stellen liessen. Schon zur Zeit der ersten Magenkrise hatte Pat. einen trockenen, unaufhörlichen Husten; ausserdem war die Stimme rauh und tief, ein Character, den sie auch jetzt noch hat und der auf einer unvollständigen Stimmbandlähmung beruht. Ungefähr nach der 7. Magenkrise traten im Jahre 1884 auch Kehlkopfkrise auf, vorübergehende, paroxystische Zufälle, nämlich Anfälle von Keuchhusten ähnlichem Husten, spastische Laryngealkrisen mit Neigung zur Erstickung und endlich laryngeale Ictus. Im Jahre 1885 traten lancinirende Schmerzen auf, im Jahre 1886 Ataxie; erst damals wurde an Tabes dorsalis gedacht. Jetzt sind alle objectiven Symptome vorhanden; die gastrischen Krisen mit schwarzem Erbrechen dauern fort. Irgend eine Ursache für die Tabes war bei dem Pat. nicht nachzuweisen.

Charcot erörtert dann des näheren die verschiedenen Formen der gastrischen Krisen. Er weist die Ansicht von Leyden und Debove, dass auch ausser dem Rahmen der Tabes dorsalis gastrische Krisen vorkommen, entschieden zurück. Wenn auch 6 Jahre nach dem ersten Auftreten der Krisen, noch keine weitere tabetischen Symptome vorhanden sind, so ist dies nichts absolut Ungewöhnliches; dieselben werden sich später doch sicher einstellen.

Nach einer Beschreibung der typischen Magenkrisen, geht Verf. dann über zur Aufzählung der anormalen Formen und führt als solche folgende an:

1. Es können zunächst die Schmerzen eine ganz ungewöhnliche Stärke erreichen, so dass die Kranken sich schreiend auf dem Bette umherwälzen; hier kann man leicht an Gallenstein- oder Nierensteinkolik oder an eine Vergiftung denken. Ein anderes Mal sind die Colapssymptome derart ausgesprochen, dass man das cyanotische, kaum noch bewusste, extrem hinfällige Individuum leicht für einen an Cholera, Uraemie Leidenden halten kann. In anderen Fällen endlich nimmt der Stupor der Kranken die Verhältnisse eines comatösen Zustandes an; dann ist der Kliniker verleitet an eine organische Gehirnaffectio, etwa an einen Tumor zu denken.

2. Manchmal sprechen sich die gastrischen Krisen nur durch Schmerzen aus, das Erbrechen fehlt ganz.

3. In einer dritten Gruppe von Fällen fehlen die Schmerzen, während das Erbrechen stark vorhanden ist. Derartige Krisen waren in einem Falle von Pitres 3 Jahre lang das einzige Zeichen der Rückenmarksaffectio.

4. In seltenen Fällen treten die Krisen täglich auf, während ihre Dauer sich verkürzt.

5. Häufiger dauern die Krisen aussergewöhnlich lange bis 1 Monat und darüber, während die Zwischenräume kürzer werden. In einem Falle von Puzart dauerten Schmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit etc. 9 Monate lang fort; doch ist auch dann ein Alterniren von Besserung und Verschlimmerung zu constatiren.

In letztere Gruppe gehört auch unser Fall.

Was das Auftreten von schwarzem Erbrechen angeht, so ist dasselbe ein ausserordentlich seltenes; unser Fall ist der zweite in der Literatur. Nichts destoweniger darf es nicht zur Annahme einer complicirenden organischen Magenläsion verleiten. Das schwarze Erbrechen tritt nur während der Krise auf und man ist zu der Annahme berechtigt, dass der Process, welcher in der Magenschleimhaut seine Entwicklung vorbereitet, dem gleicht, welcher nach den Beobachtungen von Strauss das Auftreten von Hautecchymosen nach Anfällen von lancinirenden Schmerzen veranlasst.

Strauss.

546) J. Boas (Berlin): Ueber periodische Neurosen des Magens.
(Deutsche medicin. Wochenschrift. 42. 1889.)

Verf. bringt in dieser kurzen Arbeit 10 Krankengeschichten zum Belege für das häufige Vorkommen von periodischen Magen-neurosen.

Dieselben entsprechen grösstentheils dem schon früher von Leyden entworfenen Bilde: Plötzliches Auftreten, heftiger Schmerz im Epigastrium, starkes allgemeines Uebelbefinden, anhaltendes Erbrechen zuerst von Speisen, später von Galle und Schleim; nach kürzerer oder längerer Dauer rascher Ablauf des Anfalls Wiederkehr von völliger Gesundheit. Nach längerer oder kürzerer Pause tritt von neuem eine gleiche Attacke ein. In einigen Fällen waren nur periodische Gastralgien vorhanden, das Erbrechen fehlte. Grossen Werth legte Verf. auf das in genau bestimmbarren Intervallen vorkommende Auftreten der Affection und sieht hierin ein charakteristisches Merkmal dieser *idiopathischen Fälle von Magen-neurosen*.

Die Krankengeschichten, die B. bringt, lassen vor allem Angaben über eine geneue Untersuchung des Nervensystems vermissen. In den Fällen 2 u. 3, wo dies geschieht, handelt es sich um *Tabes dorsalis*, also keineswegs um eine idiopathische Form von Magen-neurose. Die differentialdiagnostischen Bemerkungen zur Unterscheidung der Neurose von den *crises gastriques* treffen nicht zu. Letztere sollen nach Verf. in ganz verschiedenen Zwischenräumen, die Anfälle des periodischen Erbrechens dagegen in bestimmten Intervallen auftreten. Dem gegenüber sagt Charcot in dem oben referirten Artikel. „Oft zeigen die Wiederkehr der Krisis (*crise gastrique tabétique*) bei demselben Individuum eine regelmässige Periodicität, indem z. B. der Anfall alle 2—3 Monate wiederkehrt“. Das zweite Unterscheidungsmerkmal soll das manchmal vorkommende Fehlen von Schmerzen bei dem Erbrechen sein; Verf. beruft sich hierbei sonderbarer Weise auf die oben genannte Fälle 2 u. 3 von *Tabes*, deren erstere er mittlerweile selbst als solchen erkannt hat. Auch dies ist also nicht stichhaltig, übrigens sei nochmals an den von Charcot citirter Fall von Pitres erinnert, wo 3 Jahre lang periodisches Erbrechen ohne irgend welche Schmerzen das einzige Symptom der beginnenden *Tabes dorsalis* war.

Der 3. Punkt dass bei *Tabes* nicht nur Schleim und Galle etc. unter Blutbeimischung erbrochen werde, wird schon vom Verf. selbst als unrichtig erkannt.

Demnach sind die Anfälle der „periodischen Magen-neurose“ von den *crises gastriques* nicht zu unterscheiden und sei auch hier nochmals an den Ausspruch Charcot's erinnert, dass er trotz der Arbeit Leyden's an die Existenz von Magenkrisen, die vollkommen denen der *Tabes* gleichen und doch derselben fern sind, nicht glaube, ferner daran, dass Magenkrisen in der Regel eine der frühesten Symptome der *Tabes* sind und mehrere Jahre lang, wie manche Beobachtungen zeigen, als *einziges* Symptom bestehen können. Dass z. B. hysterisches oder auf anderer nervöser Weise beruhendes Erbrechen auch einmal periodisch auftreten kann, wird niemanden wundern, aber dies sind eben keine Fälle von *idiopathischem* Erbrechen, wie B. selbst sagt und grade hier dürfen sich wohl differentialdiagnostische Merkmale gegenüber den *crises gastriques* finden lassen.

Strausschaid.

547) **Charcot** (Paris): Abasia a forma trepidante, sopravenuta all'intossicazione per ossidi de carbonio. (Abasie nach Kohlenoxydvergiftung.) (Bollettino delle cliniche. Milano, Luglio 1889.)

Ein kräftiger 41 jähriger Mann, der früher leicht erregbar war, in der Kindheit an pavor nocturnus litt, erkrankte infolge von Kohlenoxydvergiftung, die eine Bewusstseinsstörung mit dreitägiger Amnesie hervorgerufen hatte. Nach 12 Tagen wurde er geheilt aus dem Hospital entlassen. Wenige Tage darauf bemerkte er einige Schwierigkeit beim Gehen und bald bildete sich das jetzt bestehende Krankheitsbild aus. So lange Pat. liegt oder sitzt, ist nicht das geringste krankhafte Symptom an ihm zu bemerken, Sensibilität, Motilität sind in jeder Beziehung normal, keine Spur von Ataxie ist vorhanden. Auch stehen kann Pat. gut; von den complicirteren Bewegungen führt er Schwimmen, Springen und Tanzen durchaus gut aus. Doch sobald der Pat. anfängt zu gehen, tritt eine Incoordination der Bewegungen auf. Man beobachtet dann eine Reihe rascher Biegungen und Streckungen mit offenbarem Ueberwiegen der letzteren, welche einen eigenthümlichen Gang bedingen. Schwer wird es dem Kranken sich rückwärts zu drehen, unmöglich ist es ihm rücklings zu gehen. Es handelt sich also in unserem Falle um die von Charcot's Schüler Blocq ausführlich beschriebene und mit dem Namen Abasie belegte Erkrankung. Charcot unterscheidet 2 Arten von Abasie, eine paralytische und eine ataktische. Bei der ersten ist Stehen und Gehen unmöglich, bei der zweiten Form ist beides möglich, doch ist die Gangart gestört. Letztere Form, die ataktische Abasie wird wieder geschieden in eine zitternde und eine choreaartige.

Es handelt sich in unserem Fall um eine *Manifestation der Hysterie*, wie solche sich ja sehr häufig nach den verschiedenartigsten Intoxicationen entwickelt; die Vergiftung ist eine Gelegenheitsursache, welche die frühere neuropathische Disposition enthüllt.

Da das Individuum etwas anaemisch ist, so will Ch. neben Hydrotherapie Eisenpraeparate anwenden; die Prognose hält er für eine gute.

Von einer hypnotischen Suggestion verspricht sich Charcot keinen Erfolg; dieselbe lässt ihn beim männlichen Geschlechte regelmässig im Stiche.

Strausschaid.

548) **Charcot** (Paris): Les effets nerveux de la foudre.

(Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. September 1889.)

Ein sehr kräftiger, trotziger Mann, der ein sehr bewegtes Leben geführt hat, wird während eines Spazierganges bei Eintritt eines Gewitters plötzlich von dem Gedanken erschreckt, er könne von dem Blitze getroffen werden. Er lässt weisses Heidekraut, welches er abreißen wollte, stehen und will schnelligst nach Paris zurückkehren. Da hört er plötzlich ein Geräusch wie von zerbrochenen Tellern, dann sieht er 1 Meter von seinem linken Fusse eine Feuerkugel, deren Dicke er mit einer halben Ohm (Bier) vergleicht. *Zu gleicher Zeit fühlt er im linken Bein ein sonderbares Gefühl, es scheint ihm, dass das Glied zwischen zwei Brettern steckt und gedrückt wird; in dem Gliede fühlt er*

Kriebeln, wie wenn man eine Contusion seines ischiadiens erlitten hat. Darauf wird er schwach, dreht sich um sich selbst und fällt der Länge nach hin. Nach einiger Zeit, die er nicht abschätzen kann, kommt er wieder zu sich und befindet sich nun in einem Zustand, der sich mit dem der auf der Eisenbahn Verunglückten vergleichen lässt. Er schreit vorwärts, ohne zu wissen wohin, antwortet einem Freunde, der ihn fragt, ob er krank ist, in grober Weise. Am Orte des Ereignisses hatte er lange Zeit geweint. Immer wieder kommt ihm ohne jeden Grund der Gedanke an das weisse Heidekraut. Zu Hause weint er unaufhörlich, verbirgt sich im Bette unter den Decken wie ein kleines Kind. Dieser Zustand verschwindet nur langsam am Tage, in der Nacht dagegen träumt er noch immer von seinem Unfall. *Nach drei Wochen* nun zeigt dieser Mensch in dem vom Blitze getroffenen Beine eine *vollkommene sensible und motorische Lähmung*. Keine Zeichen einer organischen Rückenmarksaffection sind vorhanden, die Sphincteren sind intact. Dagegen zeigt er eine typische *sensible und sensorische Hemianästhesie der linken Körperhälfte* und auf der Brust Zonen, deren Druck eine Art Krise hervorruft. Demnach ist Pat. jetzt ein gewöhnlicher Hystericus.

Man hat zwei Formen von Blitzschlägen zu unterscheiden: einmal den gewöhnlichen Zickzackblitz, der den Menschen trifft, ohne dass er Zeit hat weder den Blitz zu sehen noch den Donner zu hören; zum anderen Mal den Blitz in Gestalt einer Feuerkugel, die man sieht und deren Bewegungen man beschreiben kann. Der Geisteszustand der vom Blitz Getroffenen gleicht dem aller jener Personen, die einem heftigen Schreck ausgesetzt waren und die einen starken Nervenschok erlitten haben. Die *Lähmungen infolge von Blitzschlägen* treten *unmittelbar* ein, sie sind *unvollständig* und *vorübergehend*, betreffen zugleich *Mutilität und Sensibilität* und *lokalisiren sich in dem getroffenen Gliede*. Die Sphincteren sind nie betroffen, die Lähmung bewahrt immer einen peripheren Character. Diese Lähmungen sind *Monoplegien, Hemiplegien* oder richtiger gesagt *associirte Monoplegien*.

Derart war die Lähmung unseres Pat. direct nach dem Schlage; auch sie war plötzlich vorhanden; zu der später sich ausschliessenden hysterischen Lähmung bedurfte es zuerst der *Ueberlegung*, des *Nachdenkens*. Derartige Fälle von Hysterie nach Blitzschlag giebt es in der Literatur eine ganze Reihe.

Die Behandlung ist natürlich die der Hysterie.

Strausscheid.

549) P. Oulmont (Paris): Cécité subite par ramolissement de deux lobes occipitaux. (Gazette hebdomadaire de méd. et de chir. 20. Sept. 1889)

Ein 67 jähriger Mann bekommt plötzlich bei der Arbeit diffuse, andauernde Kopfschmerzen, nach 8 Tagen fühlt er Kriebeln in den Gliedern und legt sich deshalb zu Bette. Weder damals noch in den folgenden Tagen klagte er über irgend eine Sehstörung. Nach weiteren 5 Tagen findet man den Pat. Morgens im Bette in einem halb comatösen Zustand. Später als er wieder etwas zu sich gekommen, kon-

statirt man völlige Erblindung, die Pupillen reagiren gar nicht auf Licht; ausserdem ist der linke Arm gelähmt und zeigt ausgesprochene Contractur. Sonst keine Anomalien nachzuweisen. Nach 6 Tagen, in denen Pat. sich nicht ändert, stirbt er.

Bei der *Autopsie* findet man eine Atherose der Aorta und der Cerebralarterien. In der rechten Hemisphäre ist eine Erweichung der Praecentralwindung im oberen Theile. Ausserdem findet sich ein sehr grosser und tiefer Erweichungsherd im rechten Hinterlappen; derselbe umfasst die 1. und 2. Occipitalwindung, den unteren Theil der Angularwindung, die beiden hinteren Drittel der 2. und 3. Temporalwindung, die hintere Hälfte der 1. und 2. Temporooccipitalwindung und den ganzen Cuneus. In der linken Hemisphäre liegt ein ähnlicher Herd; der alle 3 Occipitalwindungen umfasst, den hinteren Theil des oberen Parietalläppchens, die hintere Hälfte der 1. und 2. Temporooccipitalwindung, den Coneus und die untere Hälfte des Praecuneus. Sonst im Centralnervensystem nichts abnormes. Im Magen findet man ein Pyloruscarcinom.

Es reiht sich diese Beobachtung der von Chanffard (siehe dieses Centralblatt, Jahrgang 1888) mitgetheilten Fällen von völliger Erblindung nach Zerstörung beider Occipitallappen an.

Strausschaid.

150) S. Rabow (Ceri-Lausanne): Ueber Hyoscin.

(Therapeut. Monatsh., August 1889.)

Das bekanntlich zuerst von Ladenburg im J. 1880 dargestellte Hyoscin ist bald darauf von mehreren Klinikern in Form seines salzsauren oder jodwasserstoffsauren Salzes therapeutisch mit mehr oder minder günstigem Erfolge verwendet worden, ohne allgemeinere Beachtung zu finden. Seitdem jedoch Kobert und Sohrt, gestützt auf experimentelle und klinische Untersuchungen, auf den grossen Werth dieses Mittels bei der Behandlung verschiedener *Affectionen des centralen Nervensystems* aufmerksam gemacht und auch Erb es in verschiedenen Fällen als wirksam erprobt hatte, ist sein Werth mehrseitig ziemlich übereinstimmend anerkannt worden, so dass nach Verf. das Hyoscin als eine wirkliche Bereicherung des Arzneischatzes angesehen werden kann.

In physiologischer Beziehung nähert sich das Hyoscin dem Atropin. Wie dieses, wirke es erweiternd auf die Pupille und vermindert die Schweiss- und Speichelsecretion.

Es sei gegen die verschiedenartigsten Leiden, wie Asthma, Keuchhusten, Enteralgie, als Mydriaticum, Antiepilepticum, gegen die Schweisse der Phthisiker, ferner gegen Chorea, Paralysis agitans, Tremor und Aufregungszustände der Geisteskranken empfohlen worden. Gegenwärtig kämen die folgenden 3 Salze, Hyoscinum hydrobromicum, Hyoscinum hydrojodicum und Hyoscinum hydrochloricum zur therapeutischen Verwendung. Sie sind in Wasser leichtlöslich, geschmack- und geruchlos und werden entweder subcutan oder in wässriger Lösung per os verabreicht. Die Dosis schwankt von 0,0002 *pro dosi* bis zu 0,002 *pro die*.

Bei Nervenaffectionen, wie Chorea, Paralysis agitans etc. sind kleinere Dosen (0,2—0,3 Mgrmm.) angezeigt, als bei ausgesprochenen Geisteskrankheiten. Bei letztern kommt es weit weniger als Heilmittel, wie als Beruhigungs- und Schlafmittel in Betracht. — Wiewohl man mit einer entsprechend starken Hyoscin-Dosis bei allen aufgeregten Geisteskranken mehrstündigen Schlaf erzielen kann, möchte Verf. zur Erzeugung von Schlaf in dergleichen Fällen doch (aus nicht erörterten Gründen) anderen Hypnoticis entschieden den Vorzug geben. *Dagegen räumt er dem Hyoscin unbedingt den ersten Platz ein, wo es sich um einfache Beruhigung aufgeregter, chronischer Geisteskranken handelt.* Hier feiere es geradezu Triumphe: Tobstüchtige Irre, die beständig isolirt werden mussten und auf andere Beruhigungsmittel wenig oder gar nicht reagirten beruhigten sich auf eine minimale Dosis Hyoscin ($\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ Mgrmm.) auffallend schnell, ohne dass dabei störende Nebenwirkungen in Betracht kamen. Dabei hat Verf. fast niemals sich der Injectionen bedient, sondern das Mittel beinahe immer in wässriger Lösung per os verabfolgt, und zwar reichte er es in folgender Form: *R. Hyoscin. hydrojod. 0,01, Aqu. destill. 10,0*; davon als erste Dosis gewöhnlich 8 Tropfen ($=\frac{1}{3}$ Mgrmm.) in Wasser, Milch oder Wein. Das Mittel wurde ausnahmslos gern genommen und gut vertragen. Eine Gewöhnung trat nur langsam ein, alsdann wurde die Dosis allmählig auf 12 Tropfen ($\frac{1}{2}$ Mgrmm.) erhöht. Nur in ganz seltenen Fällen war Verf. nach 4—6 Wochen genöthigt, bis auf 16 ($\frac{2}{3}$ Mgrmm.) und 20 Tropfen ($\frac{5}{6}$ Mgrmm.) zu gehen. Ein chronischer Maniacus erhielt 6 Wochen hindurch jeden Morgen $\frac{1}{2}$ Mgrmm. und konnte auf diese Weise ruhig unter den andern Kranken weilen. Wurde das Mittel versuchsweise einmal ausgesetzt, so war Isolirung unerlässlich. Denselben Kranken mit Sulfonal ruhig zu halten, dazu waren stets 4,0—6,0 Grammes *pro die* nothwendig.

Bei *Epilepsie* leistete Hyoscin gar nichts, die Zahl der Anfälle blieb unverändert, dagegen wurden die Aufregungszustände der Epileptiker mit $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Mgrmm. wirksam bekämpft.

Auf die *Angstzustände der Melancholiker* hatte das Mittel gar keinen Einfluss, ja zuweilen konnte eine Steigerung der Hallucinationen wahrgenommen werden. Ebenso war bei den Angstzuständen der Alcoholiker kein sichtbarer Nutzen eingetreten. Dagegen war der Erfolg in einem Falle von Delirium tremens ein überraschend günstiger: Patient, der vorher lärmend und tobend umherrannte, beständig nach Ratten und Mäusen haschte, wurde eine halbe Stunde nach Einnahme von 16 Tropfen der Hyoscinlösung ($\frac{2}{3}$ Mgrmm.) ruhig und blieb auch fortan ruhig.

Ueber die Wirkung bei anderen Affectionen fehlt es dem Verf. an ausreichenden eigenen Erfahrungen. In Uebereinstimmung mit vielen anderen Autoren möchte er aber das Hyoscin bei aufgeregten lärmenden Geisteskranken als eines der vorzüglichsten *Beruhigungsmittel* empfehlen. Als *Schlafmittel* möchte er es, wegen der verhältnissmässig grossen Dosis (20—25 Tropfen), die hierzu erforderlichlich, nur ausnahmsweise angewendet sehen. Die innere Verabreichung verdient vor der subcutanen in den meisten Fällen den Vorzug; abgesehen von manchen andern Unbe-

quemlichkeiten kommen die Patienten — bei längere Zeit fortgesetztem Gebrauch — durch die interne Application körperlich nicht so herunter, wie durch die subcutane.

Von *Nebenerscheinungen* hat Verf., gleich anderen Beobachtern, zuweilen Trockenheit im Halse, Durstgefühl, Leibweh, Mydriasis, etc. bei lange fortgesetztem Gebrauche des Hyoscins wahrgenommen. Beängstigende Erscheinungen, wie heftiger Schwindel, Blässe etc. traten bei den von ihm verordneten Dosen niemals ein. Verf. ist niemals über 0,002 *pro die* hinausgegangen.

551) Jacob Fischer (Secundararzt an der Frauen-Abtheilung der Landes-Irrenanstalt in Budapest): Ueber die Wirkung des Hyoscin.

(Gyógyászat No. 19, 1888. — Pest. med.-chir. Presse No. 22, 1888.)

Auf Grund zahlreicher Versuche ergaben sich bezüglich der Wirkung des Hyoscin folgende Beobachtungen:

1) Das Hyoscinum muriaticum kann als Sedativum bei hochgradig erregten oder maniacalischen Kranken erfolgreich angewandt werden.

2) Da sich die Wirkung des Hyoscin bereits nach 0,5 Mgrmm. einstellt, sind grössere Dosen zu meiden, wiewohl man mit der Dose bis 1 Mgrmm. steigen kann.

3) Bei solcher Dosirung vermochte man keine schädliche Nachwirkung des Mittels wahrzunehmen.

4) Auch als Hypnoticum bewährte sich das Hyoscin, doch in Betracht seiner deprimirenden Wirkung auf den Organismus möge es nur dort angewandt werden, wo andere Mittel zu keinem Ziele führen.

5) In 3 Fällen (eine chron. Manie, chron. Vesanie, acute Verrücktheit) versagte es den Dienst, welcher Ausfall vielleicht auf eine Idiosyncrasie der Betreffenden gegen das Mittel zurückgeführt werden kann.

552) W. B. Neftel (New-York): I. Beiträge zur Symptomatologie und Therapie der Migräne.

II. Ueber eine physiologische Behandlungsmethode einiger chronischer Neurosen und Psychosen. (Arch. f. Psych. XXI. 1. p. 117.)

Der Verfasser ist überall bemüht durch physiologische Deductionen und Theorien seine therapeutischen Vorschläge zu begründen. Die letzteren sind auch dadurch interessant, dass sie von bisher gängigen Ansichten manchmal abweichen. Der Gedankenkengang zur Arbeit ist ungefähr folgender: die Migräne ist im Wesentlichen eine vasomotorische Neurose der Hirnrinde, wobei die Gehirnhäute erst consecutiv in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Behandlung der Krankheit bietet besonders deshalb grosse Schwierigkeiten, weil die verschiedensten ätiologischen Momente zu Grunde liegen. Sowohl im Uebrigen ganz

gesunde Leute, als anämische, chlorotische, dyscrasische, neurasthenische etc. Individuen werden ergriffen. Im Allgemeinen ist nur ein geringer Theil der Hemikranieen als gutartig anzusehen, und die Prognose ist schon deswegen immer vorsichtig zu stellen, weil nicht selten schwere Erkrankungen des Centralnervensystems im Gefolge auftreten können. — Was zunächst die Therapie der *anfallsfreien Intervalle* anbetrifft, so wird die fast immer vorhandene chronische Obstipation am besten durch den methodischen Gebrauch von *Bitterwässern* bekämpft. Abgesehen von den durch die Kothstauung hervorgerufenen Circulationsstörungen können durch das Stagniren von Fäkalmassen und Resorption topische Wirkungen zu Stande kommen. Ein weiteres gutes Mittel zur Beseitigung von Verdauungsbeschwerden sind anschwellende *Inductionsströme*. Der Kreislauf wird direct am besten angeregt durch *methodisch gesteigerte Muskelthätigkeit*, sei es Gehen bis zu mehreren Stunden, oder anderweitige Übungen. Besonders empfehlenswerth — ob Dyspepsieen vorhanden sind oder nicht — ist nach vollendeter Muskelanstrengung das Trinken von *heissem* Wasser (mehrmals täglich eine Tasse), wodurch eine wohlthätige, den Stoffwechsel anregende Schweissbildung befördert wird. Der Gebrauch von Vollbädern kann nach den speziellen Gewohnheiten und Idiosynkrasieen der Patienten verordnet werden. — Ein souveränes Mittel sowohl ausserhalb als während des Migräneanfalls ist die *sachkundig angewendete und individuell modificirte Electricität*. In der Regel ist mit dem galvanischen Strome zu beginnen, und erst nach wochenlangem Misserfolge der faradische zu appliciren. Bei der Galvanisation des Gehirns muss sehr vorsichtig verfahren werden. — Von einem absoluten Gegensatz bez. des therapeutischen Erfolgs der beiden Stromesarten kann nicht die Rede sein (contra (Engelskyön); oft wird bei einem und demselben Patienten gegen das eine und das andere Krankheitssymptom galvanisch und faradisch mit Erfolg verfahren. Zur Behandlung des *einzelnen Migräne-Anfalls* sind ausser der *Electricität* hauptsächlich drei Medicamente empfehlenswerth: *Ergotin*, *Natrium salicylicum* und *Chinin*; doch soll neben der medicamentösen Behandlung des Anfalls *nie* das eben beschriebene Allgemeinverfahren vernachlässigt werden. —

Diese zum grossen Theil „*physiologische*“ *Behandlungsmethode* hat nun der Verfasser mit Erfolg (neben der Migräne) auch auf andere *allgemeine Neurosen* und auf *Psychosen* ausgedehnt. Besonders *Muskelarbeit* und *heisses Wasser* wirken sehr günstig durch Beförderung von Circulation und Transpiration; doch muss in jedem Falle *vorsichtig individualisirt* werden, und gerade durch genaue Dosirung werden die Haupterfolge erreicht. Dass methodische, geistige und körperliche Ruhe günstig wirken, ist nach Ansicht des Verf. ein Irrthum; auch neurasthenische Frauen sollen bei Menstrualbeschwerden nicht das Bett hüten. Die Playfair-Mitchell'sche Cur ist zu verwerfen, da sie höchstens moralisch wirkt, insofern die Patienten nach wochenlang beschränkter Bewegung mit dem Aufhören des Zwanges vorübergehend aufathmen und dadurch gebessert zu sein scheinen! — Schliesslich hebt der Verf. noch die galvanische Behandlung als häufig erfolgreich hervor, sowohl

die des Gehirns, wie des Rückenmarks und anderer Organe, und theilt mehrere von ihm besonders ausgebildete Methoden des Genaueren mit.
Langreuter.

553) **Max Weiss** (Wien): Eine Methode mechanischer Behandlung chronischer Rückenmarkskrankheiten und functioneller Nervenkrankheiten.

(Allg. Wien. med. Ztg. Nro. 40. 1889.

(Schluss.)

Bisher hatte Verf. nur 23 für seine Methode geeignete Fälle zu beobachten Gelegenheit, von denen 2 mit Spondylitis lumbodorsalis behaftet waren, einer seit 5 Jahren an absteigender linksseitiger Degeneration nach einer Herderkrankung im Gehirn leidet, 8 an Tabes dorsualis, 1 seit 2 Jahren an Paralysis agitans, 1 Fall an spastischer Spinalparalyse, für welche er keine primäre Affection herausfinden konnte; in 6 Fällen lag spinale Neurasthenie und in 5 Fällen sexuelle Neurasthenie vor.

Bei den Spondylitiden, die beide an den Symptomen der *spastischen Spinalparalyse* litten, besserten sich wesentlich innerhalb der ersten 4 Wochen der Behandlung die nervösen Symptome, auch die Druckempfindlichkeit der afficirten Wirbel liess bedeutend nach; der in beiden Fällen schon bei schwacher Dorsalflexion der grossen Zehe auftretende Fussclonus konnte nach 9 wöchentlicher Distractionsbehandlung kaum mehr hervorgerufen werden, die Patellarsehnenreflexe waren wohl sehr leicht hervorzurufen, doch nicht übermässig gesteigert; früher noch besetzte sich der breitspurige, langsame und steife Gang, der nach 3 Monaten in den normlen übergang.

Der Fall von *absteigender linksseitiger Degeneration* betrifft einen 47jährigen Mann, der vor 5 Jahren einen apoplectischen Insult erlitten hatte; seit jener Zeit wurde derselbe in jedem Jahre theils electricisch, theils hydriatisch, aber ohne nachhaltige Wirkungen behandelt. Seit Juli d. J. wird nun Pat. der mechano-therapeutischen Methode unterzogen und bereits nach *5maliger* Vornahme der Distraction theilte er dem Verf. mit, dass die Muskelcontracturen der linken Unterextremität merklich abgenommen, dass er, was früher nicht möglich war auszuführen, die linke Unterextremität im Kniegelenke stumpfwinklich beugen könne, wovon sich Verf. selbst überzeugen könne, dass weiterhin „die Steifheit der Zehen“ bedeutend geringer sei und die linke Unterextremität bewegungsfreier und unmerklich nachgeschleift werde, was Verf. jedesmal selbst beobachten kann.

Von den 8 seit März seiner Behandlung unterzogenen *tabischen* Fällen gehören 5 dem praeatactischen und die übrigen drei dem atactischen Tabesstadium an. Die allen 8 Tabikern gemeinsamen Symptome waren: vollständiger Mangel der Sehnenreflexe, abnorme spinale Nervenwurzelerscheinungen, wie lancinirende Schmerzen in den Unterextremitäten und Paraesthesien, und Parese des Sphincter vesicae. Von den 3 mit locomotorischer und statischer Ataxie behafteten Patienten litt einer an dem Argyll-Robertson'schen Phaenomen, an Impotenz und an Pa-

rese der Längsmuscularis des Rectums, und von den 5 im praetactischen Tabesstadium befindlichen Kranken waren bei dreien herabgesetzte Pupillenreflexe nachweisbar, und 2 litten an Neuritis optica. An Paresen der exterioren Augenmuskeln litten in früheren Jahren 3 von den 8 behandelten Fällen. Das Westphal'sche Phaenomen und die ocnlopupillaren Symptome wichen bis jetzt in keinem der von mir mechanisch behandelten Fällen. An eine günstige Beeinflussung der oculopupillaren Symptome durch die Distraction war übrigens von vornherein nicht zu denken. Dagegen nahmen die *lancinirenden Schmerzen* in allen Fällen, sowohl an Heftigkeit, als auch an Häufigkeit bedeutend ab, und in 4 dem praetactischen Stadium angehörnden Fällen wichen dieselben nach 15—25 vorgenommenen Distractionen vollständig, und selbst der schroffste Witterungswechsel vermag dieselben bei diesen Patienten nicht mehr hervorzurufen. Nach auffallend wenigen (4—12) Streckungen wichen die *Sphincter* und *Levator Paresen*, und die in einem Falle merklich gesunkene sexuelle Energie erreichte einen bedeutenden Grad von Besserung. Bei den Atactikern besserte sich zusehends der Gang, derselbe verlor an Breitspurigkeit und gewann merklich an Sicherheit.

Geradezu in frappanter Weise bewährte sich weiterhin Verf.'s mechanische Methode in einem Falle von Tabes spastica und bei einer Paralysis agitans. Bei ersterer wurde eine Abschwächung des gestei-
gerten und bereits bei leichter Dorsalflection der grossen Zehen eintretenden Fussclonus nach den ersten 10 Distractionen beobachtet, und im weiteren Verlaufe der Behandlung folgten merkliche Abnahme der Muskelsteifigkeit in den Beinen, geringere Breitspurigkeit des Ganges und Nachlass des Tremors nach forcirten Bewegungen; nach etwa 3 monatlicher Behandlung konnte Pat. auch ohne Unterstützung gehen. Im 2. Falle nahmen nach etwa 6wöchentlicher Behandlung die Tremors und die Parese der Beine in sichtbarer Weise ab.

Eine rasche günstige Beeinflussung durch die Distractionsmethode war schliesslich bei 11 *Neurasthenikern*, von denen fünf hauptsächlich abnorme Symptome in der sexuellen Sphäre darboten, zu constatiren, indem die bei denselben in grösserm oder geringerm Masse aufgetretenen Erscheinungen von Aufgeregtheit, leichter Reizbarkeit, neuralgiformen Insulten an den verschiedensten Körperstellen und insbesondere im Gebiete der lumbodorsalen Nervenbündel, ferner diejenigen der tremorartigen Bewegungen, der raschen Ermüdung und der sexuellen Schwäche in ihren verschiedenen Abstufungen, theils in erheblichem Grade geringer wurden, theils vollständig wichen.

„Die theoretische Grundlage der soeben ausführlich erörterten Methode,“ schliesst Verf., „stimmt wohl ganz und gar mit derjenigen der noch jetzt ab und zu geübten mechanischen Verfahrensweisen bei chronischen Nervenkrankheiten überein, doch ist die practische Ausföhrung derselben eine ganz eigenartige, indem die Distractionsmethode nur gestattet, die dehnende Kraft allmählig wirken zu lassen und dieselbe in kleinen Unterschieden je nach Bedarf entweder zu erhöhen oder zu vermindern; auch werden durch die in obiger Weise ausgeföhrte Distraction von vornherein jene üblen Zufälle eliminirt, welche fast unter allen

Umständen die Ausführung der übrigen mechano-therapeutischen Verfahren bei Nervenkrankheiten nach sich zieht.

„Ob nun die Distractiongmethode neben den übrigen therapeutischen Massnahmen bei chronischen Nervenkrankheiten einen dauernden Platz einnehmen wird, vermag nur reiche Erfahrung zu entscheiden, und nur Fachcollegen, die über ein reichhaltiges Nervenmaterial verfügen, können demgemäss das endgiltige Urtheil über die therapeutische Berechtigung der vorliegenden mechano-therapeutischen Methode abgeben.“

554) A. Freih. v. Schrenck (München): Ein Fall von conträrer Sexualempfindung, gebessert durch hypnotische Suggestion.

(Internat. cl. Rundschau No. 49, 1889.)

Angeregt durch einen bezügl. Bericht Prof. v. Krafft-Ebing's welcher bei einem mit conträrer Sexualempfindung behafteten Patienten durch Suggestion bereits nach 6 hypnotischen Sitzungen einen Erfolg erzielt haben will, bringt Verf. aus seiner hypnotischen Praxis einen ganz ähnlichen Fall zur Kenntniss, dessen Behandlung sich jedoch auf eine Reihe von Monaten erstreckte:

Der 28 jährige Patient, ein Beamter, consultirte Verf. am 20. Januar 1889. Seine sexuelle Perversion scheint angeboren zu sein. Nach seiner Angabe ist sein Vater sehr nervös. Die Mutter starb an Carcinoma uteri. Bruder und Vater derselben waren geisteskrank. Vier Geschwister R.'s sind ebenfalls nervenleidend; der eine Bruder leidet an Neurasthenie mit Anomalien in der vita sexualis, ein zweiter Bruder zeichnet sich durch excentrisches Benehmen aus, soll fixe Ideen haben, ein dritter Bruder ist ebenfalls mit dem perversen Trieb zum eigenen Geschlecht behaftet, und seine Schwester wird oft von diversen Krämpfen befallen. R. hat, abgesehen von den Kinderkrankheiten, keine schweren Erkrankungen durchgemacht. Der Zustand seiner Nerven und sein körperliches Befinden, sind zufriedenstellend.

Bis dato hat Pat. noch niemals den Coitus mit dem andern Geschlecht ausgeübt. Der Gedanke an den sexuellen Verkehr mit dem Weibe ist ihm unsympathisch. Er hat jedoch, um seiner krankhaften Empfindungen mit Aufbietung seiner ganzen Willenskraft Herr zu werden wiederholt den Versuch gemacht, den sexuellen Act mit einem Weibe zu vollziehen, gerieth jedoch niemals in sinnliche Erregung und brachte keine Erektion zu Stande. Er blieb dem Weibe gegenüber impotent und schätzte den Verkehr mit gebildeten Personen des anderen Geschlechtes nur wegen ihrer geistigen Vorzüge.

Trieb und Neigung zu Männern waren im Pat. schon seit der Pubertät stark ausgebildet. Schon die blossе Berührung mit Personen seines Geschlechtes steigerte in einigen Fällen die sexuelle Erregung des Pat. bis zu Pollutionen. Durch Masturbation und bezahlten Verkehr mit männlichen Personen aus den niederen Volksständen, denen er Nachts auf der Strasse nachging, suchte er seine Libido zu befriedigen. In Folge

der gesellschaftlichen und criminellen Schranken traten bei ihm der sexuelle Drang und die bessere Ueberlegung in Widerspruch. Lascive aufregende Träume, in denen männliche Figuren die Hauptrolle spielten, steigerten den innern Widerspruch, in welchem er sich befand. Mitunter siegte die Vernunft, meistens jedoch der Drang nach sexueller Befriedigung. Pat. fühlte sich in Folge dessen tief unglücklich, das Leben wurde ihm zur Qual. In diesem Zustande psychischer Depression suchte er Verf.'s Hilfe nach.

Am 22. Januar 1889 versuchte Verf. zum ersten Mal, den Pat. zu hypnotisiren mit Anwendung des in Nancy üblichen Verfahrens. Er wurde somnolent, und bereits nach mehreren Tagen gelang es, durch Wiederholung der hypnogenen Prozeduren Hypnotaxis zu erzielen. Von da an war stets Suggestivcatalepsie vorhanden, allein das Bewusstsein blieb meist erhalten. Wenn Pat. auch die im Schlaf erteilten Aufträge mitzutheilen wusste, so war er doch nicht mehr im Stande, der Suggestion zu widerstehen, und folgte dem inducirten innern Triebe, welcher mächtiger war, als sein Wille. Namentlich der Erfolg quoad Appetit und Stimmung war meist frappant. — In den späteren Sitzungen vermied Verf. es, durch Fragen nach dem Wachwerden die Erinnerung zu wecken. Dieser Umstand, die allmählich sich steigernde Vertiefung des Schlafes, sowie die Versicherung, dass keine Erinnerung vorhanden sein werde, riefen später Somnambulismus hervor. Die Erinnerung war entweder dunkel und lückenhaft oder ganz geschwunden. Pat. befand sich in allen Fällen nach dem Erwachen wohl (nach Verf. vielleicht in Folge der niemals versäumten Präventiv-Suggestion nachherigen Wohlbefindens); er behauptete sogar, dass seine Leistungsfähigkeit, seine geistige Arbeitskraft während der Behandlung zugenommen habe. Die Suggestionen realisirten sich fast ausnahmslos mit grosser Präcision, gleichgiltig, ob nur Somnolenz oder Somnambulismus bestand. Die Suggestivbehandlung richtete sich nun systematisch gegen die sexuelle Perversion. Zunächst wurden Gleichgiltigkeit und Widerstandsfähigkeit dem männlichen Geschlecht gegenüber in Aussicht gestellt mit der Versicherung, dass das Interesse des Pat. für den weiblichen Verkehr immer mehr zunehmen werde. Strengstes Verbot masturbatorischer Neigungen. Für die nächtlichen Träume wurden die männlichen Figuren durch weibliche ersetzt. Bereits nach mehreren Sitzungen wollte Pat. an den weiblichen Formen ein Gefallen finden, das er bisher nicht gekannt hat. In der siebenten Sitzung wurde der geschlechtliche Verkehr mit einer weiblichen Person angeordnet und sicheres Gelingen desselben in Aussicht gestellt. Noch an demselben Tage, am 29. Januar 1889, gelang dem Patienten zum ersten Mal in seinem Leben der normale Coitus. Von jetzt an wurde der Geschlechtsverkehr suggestiv geregelt und in bestimmten Pausen stets mit gleichem Erfolge ausgeübt. Zur Verhütung eines Rückfalles und mit Rücksicht auf die erbliche Belastung setzte Verf. die hypnotischen Sitzungen in verschiedenen langen zeitlichen Intervallen noch einige Zeit hindurch fort.

Mit Hilfe der Suggestion hatte R. sein psychisches Gleichgewicht wiedererlangt; wenigstens fühlte er sich Männern gegenüber nicht mehr

in der gleichen abhängigen Lage, wie früher. Nichtsdestoweniger blieben ihm Anfechtungen, namentlich, wenn die Pausen grösser wurden, nicht erspart. Während nun Pat. immer unter dem erziehenden Einfluss der Suggestion 3 Monate hindurch psychisch und physisch im Vollbesitz seiner normalen sexuellen Function geblieben war, trat am 22. April 1889 auf Veranlassung eines Gesinnungsgenossen ein Rückfall ein, den Pat. dem Verf. sofort berichtete. Energische Gegenvorstellungen in der Hypnose erweckten alsbald Reue und Abscheu. Um aber das nunmehr wiedererlangte Gleichgewicht auch auf die Probe zu stellen, vollzog Pat. aus freien Stücken in Gegenwart seines Verführers den Coitus mit einem Weibe und brach unmittelbar darauf den Verkehr mit erstem ab. Bereits nach mehreren Wochen erhielt Verf. die Anzeige, dass er sich mit einer Jugendfreundin verlobt habe, und versicherte er ihm bei seinem Besuche, dass das Glück, welches er im Verkehr mit seiner Braut empfinde ihn unempfindlich für andere Eindrücke mache. Er glaube, hergestellt zu sein, und bis dato scheint das suggestiv erzeugte, nunmehr $\frac{1}{2}$ Jahr (mit Abrechnung jenes erwähnten Rückfalles) andauernde psychische Gleichgewicht erhalten zu sein.

Trotz der verhältnissmässig grossen Zahl von 45 hypnotischen Sitzungen konnte Verf. nicht ein einziges Mal eine schädliche Nachwirkung in diesem Falle beobachten.

IV. Aus den Academien und Vereinen

I. Französischer Verein für den Fortschritt der Wissenschaften.

August 1889. (Deutsche Medicinal-Zeitung 1889, Nro. 81.)

Gefühl von Wärme bei Paralysis agitans.

555) Mossé (Montpellier) hatte Gelegenheit, zwei Paralytiker zu beobachten, von denen der eine sich über peripherisches Wärmegefühl, das ihn von Zeit zu Zeit befiel, zu beklagen hatte. Zugleich beobachtet man breite, rothe Flecken auf der Dorsalseite der Hände und auf der unteren Partie des Vorderarms. Der andere beklagte sich über dasselbe Gefühl, das er fast beständig hatte. Dieses Wärmegefühl darf nicht einer Vermehrung in der Produktion der peripherischen Wärme zugeschrieben werden, sondern einer nervösen Störung, die wahrscheinlich von einer Modification der Wärmecentren (vasomotorischen Centren) abhängt. Auch die anderen Störungen, wie Exantheme, Oedeme, die man bisweilen bei Paralysis agitans bemerkt, müssen als analoge Phänomene angesehen werden. Die neuesten Untersuchungen von Charcot und Déjérine über die Syringomyelie beweisen die Bedeutung der Läsionen wie gering sie sich auch in der grauen Substanz des Rückenmarks aussprechen.

Vergleichung der sensiblen und der motorischen Tabes.

556) **Pierret** (Lyon) giebt den Namen sensibler Tabes der Krankheit die durch eine systematische Entzündung der sensiblen Regionen der Nervencentren characterisirt ist. Die motorische Tabes umfasst hingegen die systematischen Entzündungen der Pyramiden-Rindenfasern. Die sensible Tabes wird von Läsionen der sensiblen Ganglien begleitet. Wenn hierbei motorische Phänomene auftreten, so geschieht das infolge einer Reaction der sensiblen Zonen auf die motorischen; diese Irritation kann bis zu einer Zerstörung der motorischen Nervenzellen, Muskelatrophie etc. gehen. Noch mehr, diese sensible Irritation kann in eine Irritation der Fasern ausgehen, die in die Seitenstränge aufsteigen und so die Läsionen der sogenannten kombinierten Tabes verursachen; die letztere ist die Summe der sensiblen und motorischen Tabes. Aber die verschiedenen Segmente des Systems können in der einen oder der andern Form jedes für sich daran theilnehmen. Man erkennt diese beiden Formen daran, dass in der sensiblen Tabes eine Beständigkeit der morbiden sensiblen Phänomene vorhanden ist, während die motorischen mit den sensiblen verbunden sind. Die psychischen Störungen sind durch Verfolgungselirien und manchmal durch transitorischen Grössenwahn characterisirt. Die Prognose der sensiblen Tabes ist verhältnissmässig günstig; es kann eine Regeneration der kranken peripherischen Nerven und manchmal Heilung eintreten. Der Verlauf der motorischen Tabes ist regelmässig fortschreitend.

Senile Epilepsie.

557) **Crocq** (Brüssel) fand, dass diese epileptischen Anfälle, die nicht durch Heredität entstanden sind, im allgemeinen gegen das 70. Lebensjahr auftreten. Der Greis ist plötzlich unbeweglich, sein Blick ist starr, er erleicht, dann kommen klonische saccadirte Konvulsionen, die meistens im Gesichte entstehen und dort entweder verbleiben oder über andere Partien des Körpers, meistens einseitig, sich verbreiten. Nach einigen Minuten kommt der mehr oder weniger betäubte Kranke zu sich. Diese Anfälle können sich wiederholen. Die Ursache ist nicht, wie man geglaubt hat, eine cerebrale Kongestion, sondern, wie Cr. glaubt, eine chronische Endarteritis des Truncus basilaris, die eine unregelmässige Vertheilung des Blutes in dem Gehirn verursacht und oft mit einer Hämorrhagie im Gehirn oder einer Erweichung endet. Die chronische Endarteritis rührt von dem Alter her, manchmal von organischen Herzaffectionen und deren grosser Gefässe oder von alkoholischen Excessen.

Einleitung der Entbindung in Fällen von Eklampsie.

558) **Mondot** (Oran) hat bemerkt, dass man bei Eklamptischen eine Heilung erhält, wenn die Entbindung schnell zu Ende geführt wird. Er folgert daher, dass man in den Fällen, wo eine Frau von Anfällen heimgesucht wird, so schnell wie möglich die Wehen einleiten müsse. Da die alten Verfahrensweisen zu langsam wirken, schlägt er vor, zu einer neuen Methode zu greifen. Er führt durch das Kollum eine platte

metallische Kanüle, zerreisst die Häute, und lässt in das Cavum uteri unter leichtem Drucke ungefähr 10 Liter 10/0 Korbolwasser fliessen. Von 7 Eklamptischen wurden 5 geheilt, 2 starben.

Neuropathische Albuminurien.

559) **Arthaud** und **Butte** fanden, dass die nervösen Nephritiden sich von der Bright'schen Krankheit durch die Existenz verschiedener Symptome seitens der meistens vom vagus innervirten Eingeweide unterscheiden. Zuerst ziehen die gastro-kardio-pulmonären Störungen die Aufmerksamkeit auf sich. Noch befindet sich kein Albumen im Urin. Dann nehmen die ersteren Symptome zu und man sieht eine gewöhnlich leichte und transitorische Albuminurie erscheinen. Endlich bleibt sie permanent und in dieser letzten Periode treten die klassischen Symptome der Bright'schen Krankheit auf. Es ist bezüglich der Pathogenie an eine irritative Läsion des N. vagus zu denken, deren Ursache und Sitz verschiedenen sind.

Magneten als Schädelarmatur.

560) **Baraduc** hat durch sehr mächtige Magneten, die den Kopf in ein veritables magnetisches Bad versetzten, eine sehr bemerkenswerthe nervöse Beruhigung bei sehr impressionablen Personen oder solchen, die durch geistige Ueberanstrengung sehr ermüdet waren, erzielt. Bei hypnotisirten Frauen schien die Magnetisirung des Kopfes, der Suggestion hinzugefügt, die suggerirte Idee zu verstärken.

Oedem der unteren Gliedmassen mit neuritischem Ursprung.

561) **Duménil** (Rouen) bemerkte an einer jungen Frau, die an Erbrechen und Pleuralgieen litt, eine Schwere der linken unteren Extremität, die fast jede Bewegung unmöglich machte. Es traten dann strahlende Schmerzen im ganzen Bein und im Schenkel, endlich allgemeines Anschwellen der Haut in bläulichem Teint auf. Das Oedem stieg bald bis zur Regio iliaca auf. Später wurde auch das rechte Bein ergriffen, ohne dass sich irgendwo im Verlauf der Venen der geringste verhärtete Knoten gefunden hätte. Urin und Herz zeigten sich normal. Nach einem Monat ging das Oedem zurück, die Bewegung kehrte in geringem Masse wieder, es blieb eine veritable Parese zurück. Mit Hilfe der Elektrizität wurde eine bemerkenswerthe Besserung erzielt. Das Oedem hat eine frappirende Aehnlichkeit mit der Phlegmasia; doch fehlte die Hauptläsion, die nervöse Obliteration. Der Sitz der Schmerzen war fern von den Gefässen. Es handelte sich in diesem Falle, wie aus der elektrischen Reaction hervorgeht, um eine Neuritis von alkoholischem Ursprung; diese hatte ihrerseits wieder trophische Störungen in den Gefässen hervorgerufen.

Pathologische Anatomie der Dementia.

562) **Luys** (Paris) hat im Gehirn Wahnsinniger, an Halluzinationen Leidender (Verfolgungswahnsinn) fixe Läsionen gefunden. An gewissen Regionen des Lobus paracentralis fand sich eine Hypertrophie. In einem Falle, wo der Tod eintrat bevor der Halluzinationsprocess Zeit hatte, sich zu entwickeln, wo also Vernunft und Wahnsinn während des Lebens abwechselte, wurde eine einseitige Hypertrophie des Lobus paracentralis gefunden. L. weist zugleich auf das Gehirn einer Hysterischen, der Hypnose zugänglichen Frau hin, das eine diesen Personen eigentümliche anatomische Disposition darbietet. Auf dem linken Lappen bemerkt man in der Höhe der Rolandsfurche eine ungewöhnliche Falte, die sich in die Rolandsfurche einlenkt und die Randwindungen von vorn nach hinten auseinanderdrängt. Die zweite Besonderheit bezieht sich auf eine übermässige Entwicklung der Regionen des Lobus quadratus.

563) **Pierret** hält es für natürlicher, den Sitz der Hallucinationen in die sensitiven Regionen zu verlegen. Auch die Hypertrophie im Niveau des Lobus paracentralis bei Delirirenden scheint keineswegs der Ausdruck für die anormale Thätigkeit dieses Gehirnthteils zu sein. Bei tollen Hunden, deren Wahnsinn sich beim Beginn durch eine melancholische, dann durch eine hallucinatorische, zuletzt durch eine impulsive Phase kundgibt, findet man nur Läsionen der sensiblen Nerven, die sich bis zur Medulla erstrecken. An der Rinde hat man noch wenig lokalisierte Entzündungen angegeben, die aber mehr die sensiblen als die motorischen Regionen einnehmen.

Idiotie mit Myxödem.

564) **Bourneville** (Paris) macht aufmerksam, dass neben vielen und komplexen Läsionen bei myxödematösen Idioten die Abwesenheit der Glandula thyreoides, was sicherlich mit dem myxödematösen Zustand und dem Stillstand der Gehirnentwicklung im Zusammenhange steht, konstant ist. Die Thatsache ist mit der kretinartigen Kachexie nach Exstirpation der Glandula thyreoides, die von Reverdin und Kocher angegeben ist, zusammenzuhalten.

Morbus Basedowii, Gangrän der beiden Corneae.

565) **Leclerc** (Saint-Lô) hat ein junges Mädchen behandelt, bei der drei Jahre vorher die ersten Symptome von Morbus Basedowii sich einstellten. Im Juni 1889 zeigten sich Sehstörungen, auf der linken Seite und bald, trotz schleuniger Paracentese, Gangrän der Cornea. Ende Juni wurde das rechte Auge ergriffen, und bald trat ein Brandfleck ein, der dann die ganze Cornea einnahm. Es existirt demnach neben der ulcerösen Keratitis eine Gangrän der Cornea infolge einer ciliaren Neuritis und einer intensiven Venenkongestion, deren Sitz das Auge ist.

(Nach Sem. méd.)

II. Società medico-chirurgica di Pavia.

Sitzung vom 18. Mai 1888. (Gazetta degli ospitali. 13. Octbr. 1889.)

566) **A. Monti** spricht über eine *neue Reaction der Elemente des Centralnervensystems*. Zunächst lässt man die Stücke des Centralnervensystems in der gewöhnlichen Lösung von Kal. bichromat. oder in Müller'scher Flüssigkeit, bis sie gehörig gehärtet sind. Wenn man zu weiche Stücke in die später zu benutzende Mischung bringt, so wirkt das Kupfersulfat nur beschleunigend auf die Härtung. So gehärtete Stücke lassen sich noch sehr gut zur Golgi'schen Arg. nitr.-Behandlung verwerthen. Die Reaction gelang am besten an Stücken, die seit 4 Monaten in der Chromlösung lagen. Sind die Stücke ordentlich gehärtet, so bringt man sie in eine Mischung von doppeltkohlen-sauren Kali-Lösung und einer Lösung von Kupfersulfat. Die besten Resultate erhielt Verf., wenn er zu gleichen Theilen Müller'sche Flüssigkeit und Kupfersulfatlösung anwandte; schon nach 24 Stunden trat in dieser Flüssigkeit die Reaction ein. Die Stücke, an denen die Reaction eingetreten ist, nehmen eine röthliche Farbe an, die Schnitte erscheinen dann bei durchfallendem Lichte dunkel-gelb, bei direktem Lichte röthlich. Die Färbung verschwindet durch Mineralsäuren, durch conc. Essigsäure, durch Ammoniak und durch Kalicausticum, nicht geändert wird sie durch Einwirkung des Alkohols, des Ferrocyankalium und des Natrumsulfats. Gefärbt werden die Ganglienzellen, die Körner des Kleinhirns, die centralen Nervenfasern und die Neurogliazellen. Die Färbung der Neuroglia zeigte sich sowohl in der weissen wie in der grauen Substanz sehr deutlich; besonders deutlich traten die Neurogliazellen der obersten Hirnrindenschicht hervor; dieselben schicken Fortsätze nach der freien Hirnoberfläche. Auch die das Stroma der weissen Substanz bildenden Neurogliazellen waren sehr scharf gezeichnet. Die langen, feinen Fortsätze derselben sind verzweigt, bilden ein sehr dichtes Geflecht, aber anastomosiren nicht; die dicksten Fortsätze inseriren an den Gefässwänden vermittelt einer kegelförmigen Verbreitung, die manchmal scharf begrenzt ist, manchmal sich in Form einer zarten Verhüllung oder einer Pfote ausbreitet, welche das ganze Gefäss umfasst. Sehr deutlich treten die Nervenfasern hervor und zwar nicht nur in der weissen Substanz, sondern auch in der grauen Substanz der Hirnwindungen; mit Leichtigkeit sieht man, dass in letzteren tangentielle Fasern nur wenig unter der freien Oberfläche verlaufen. Die Demonstration der Neurogliazellen und der Nervenfasern sind die besten bis jetzt mit dieser neuen Methode erzielten Resultate. Verf. hofft, dass die Methode noch vervollkommenet werden könne und gleich gute Resultate bei den anderen Elementen des Centralnervensystems geben werde.

Strausschaid.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrestr. 28).

Monatlich 3 Nummern
jede zwei Bogen stark,
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 80 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkrankte daselbst.

12. Jahrg.

1. December 1889.

Nro. 23.

Inhalt.

- I. Originalien.** Aphasie und allgemeine Paralyse der Irren. Von Dr. med. Albert Rosenthal, Ordinator an der Irrenanstalt zu Warschau.
- II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.**
 1. Berliner Medicinische Gesellschaft. Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.
 - Mendel: Zur Localisation der reflektorischen Pupillenstarre.
- III. Referate und Kritiken.** Jørgensen: Ueber den Bau des Säugethiergehirns. Henschen: Ueber das motorische Centrum des Beines. Babinski: Faisceaux neuromusculaires. Brown-Séquard: Expériences montrant combien est grande la dissémination des voies motrices dans le bulbe rachidiens. Franck: Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale. Zacher: Ueber einen interessanten Hirnbefund bei einer epileptischen Idiotin; zugleich einen Beitrag zur pathologischen Anatomie der cerebralen Kinderlähmung. Lissauer: Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrage zur Theorie derselben. Siemerling: Ein von sogenannter Seelenblindheit nebst anderweitigen cerebralen Symptomen. Gombault: Sur l'état des nerfs périphériques dans un cas de myopathie progressive. Joffroy et Achard: Myopathie primitive débutant à l'âge de 55 ans chez une femme hystérique et syphilitique. Gray: Meningite basale. de Renzi: Un caso di meningite cronica spinale, curato con la sospensione. Heibing: Ueber perforirende Hautgeschwüre in Folge von Neuritis. Rosenbach: Ueber Empfindungen, welche bei Rückenmarkskranken durch die Summation schwacher sensibler Reize ausgelöst werden. Widenmann: Zur Aetiologie des Tetanus. Henschen: Hemiatrophie der Zunge bulbären Ursprungs. Cairdner: Die Behandlung hartnäckiger Chorea mit verlängerten, vorzugsweise durch Chloralhydrat in wiederholten Dosen hervorgerufenen Schlaf. Hirt: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studierende. Korssakow: Psychosis polineuritica s. Cerebropathia psychica toxämica.
- IV. Aus den Academien und Vereinen.**
 1. Greifswalder medicinischer Verein.
Cohen: Ueber Hemiatrophia facialis progressiva.
 2. IX. Jahresversammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Heidelberg 13.—15. September 1889.
Kries: Ueber Farbenstörungen bei Schnervenatrophie.
Hess: Ueber den Farbensinn im indirecten Sehen.
Fick: Ueber die Erholung der Netzhaut.
 3. Société médico-psychologique zu Paris.
Saury: Ueber Cocainsucht. Beitrag zur Lehre von den toxischen Psychosen.
Raffesau: Demenz nach Kohlenoxydvergiftung.
Swoff: Beobachtung von Geistesstörung bei einer Frau in Folge von Hypnotismus.
Marandon de Montyel: Ueber Gefahren des Sulfonals.
- V. Therapeutische Analecten.**

I. Originalien.

Aphasie und allgemeine Paralyse der Irren.

Von Dr. med. ALBERT ROSENTHAL,
Ordinator an der Irrenanstalt zu Warschau.

Die Combination der progressiven Paralyse mit Aphasie gehört zwar nicht zu den Seltenheiten, jedoch sind anatomisch untersuchte Fälle von Bedeutung, indem sie sowohl zur Klärung der Pathologie der Paralyse als auch zur Localisationsfrage in Beziehung treten. In Mendel's Monographie¹⁾ finden wir nur den Fall von Billod, in dem nach mehrjährigem Bestehen der Paralyse vollständige Aphasie auftrat; die Section ergab 2 Erweichungsherde in der unteren linken Stirnwindung; ferner den Fall von Cullere (Progr. Paralyse und Aphasie), der jedoch ohne Sectionsbefund ist; ausserdem will Voisin bei Paralytikern oft Erweichungen der Insel gefunden haben. Im J. 1886 veröffentlichte ich in diesem Centralblatte²⁾ einen Fall von sensorischer Aphasie bei einem Paralytiker, die 4 Jahre bestand, in welchem bei der Section ausser diffuser Meningitis sich eine Erweichung der II. u. III. linken Schläfewindung vorfand. Hierher gehört auch ein Fall Wernicke's von totaler Aphasie bei einer Paralytischen, in dem ein Erweichungsherd der Broca'schen und I. Schläfenwindung gefunden wurde. Die Fälle von prog. Paralys, in denen Aphasie zu den Hauptsymptomen gehört, kommen wohl öfters vor, jedoch wurde auf diese Combination noch wenig geachtet.

1. Beobachtung. Der 30 jährige Gärtner W. K. kam auf meine Abtheilung im September 1888. Schon 1886 wurden vorübergehende Anfälle von psychischer Depression bemerkt. Ein Jahr später kamen Grössenideen und Zerstörungssucht hinzu. Im Mai 1888 Erscheinungen von exquisiter Depression; im August ein apoplectiformer Anfall, der rechtsseitige Hemiparese und Aphasie zurückliess. Seit 3 Jahren besteht beiderseitige Mydriasis. Im J. 1881 überstand P. Lues, 1884 Cyclitis. — Pat. von schwachem Körperbau, schlaffer Muskulatur; Schädel symmetrisch, Gesichtsausdruck stupid, die Nasolabialfalten wenig ausgeprägt. Pupillen asymmetrisch, rechts Mydriasis; reflectorische Pupillenstarre. Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert stark. Sprache undeutlich, spricht einige unverständliche Worte; bei Befragen antwortet er: ja, nein, gut. Die Fragen werden vom Kranken verstanden; vorgesprochene Worte wiederholt er ohne Schwierigkeit. Das Lesen ist stark beeinträchtigt: die Worte werden verunstaltet, einzelne Übersprungen, andere verdoppelt; ebenso ist das Schreiben defekt. In den Muskeln des Gesichts und Extremitäten werden fibrilläre Zuckungen bemerkt. Die rechtsseitigen Extremitäten paretisch, der Gang ist langsam, ungeschickt; die Sehnenreflexe rechts gesteigert. Sensibilität

¹⁾ Die prog. Paralyse der Irren. 1880. p. 130.

²⁾ Allgemeine Paralyse mit sensorischer Aphasie associirt, Centralbl. f. Nervenh. 1886. Nro. 8.

abgeschwächt. Psychisch Bewusstsein verdunkelt, Anfälle von Erregung. — In diesem Zustande verblieb P. bis zum 13. November, als plötzlich ein epileptischer Anfall mit vorwiegenden Zuckungen der rechten Körperhälfte eintrat, der eine vollständige rechtsseitige Hemiplegie wie auch totale Aphasie hinterliess. Im Laufe folgender 5 Wochen, in denen Pat. bettlägerig ist, verringert sich die Lähmung der Extremitäten, die Aphasie bleibt jedoch bestehen (kaum antwortet er: „ja, nein“). In diesem Zustande verbleibt P. etwa 9 Monate, als am 4. September ein heftiger 6 stündiger Anfall, der aus einer Serie zahlloser Krampfanfälle bestand, eintrat, nachher trat Sopor ein, Lungenlähmung und am 6. Septbr. 1889 trat der Tod ein.

Sectionsbefund. Hyperämia pulmonum. Tumor lienis acutus. Echinococcus hepatis. Encephalomenigitis chronica diffusa. Atrophia gyr. frontaliū. Ramollitio Insulae Reilii sin.

Schädel symmetrisch, verdickt. Die Innenfläche der Dura glatt. An der Convexität ist die Pia stark getrübt, leicht verdickt; am l. Scheitellappen starke Ansammlung seröser Flüssigkeit. Die linke A. f. Sylvii verdickt, atheromatös. Bei Abtrennung der weichen Häute vom Gehirn werden kleine Partikelchen der Hirnsubstanz mitgezogen, besonders am medialen Drittel der l. hinteren Centralwindung und am l. oberen Scheitellappchen. Frontalwindungen stark verdünnt, an der Hirnbasis erscheint die l. II. Frontalwindung in ihrer hinteren Hälfte erweicht. Die l. Insula Reilii bietet eine hämorrhagische Erweichung der Hirnsubstanz dar, deren Längsdurchmesser 3 ctm., Quer- 4 ctm., deren Tiefe 1 ctm. beträgt. Die Spitze des l. Schläfelappens ist ebenfalls erweicht (1½ ctm.). Die Erweichungsherde erscheinen als röthlichgelber dünner Brei, der unter dem Wasserstrahl flottirt. Bei der mikroskopischen Untersuchung finden sich stark erweiterte Blutgefässe von Blutkörperchen vollgepfropft, in deren Umgebung eine grosse Anzahl rother Blutzellen, dann Körchenzellen von unregelmässiger Form, meist bedeutender Grösse, stark fetthaltig, Kern nicht sichtbar — dazwischen Häufchen freien Fettes; Nervenzellen von Karmin schlecht gefärbt, theils vacuolisirt, theils sclerotisch.

Wir haben hier also einen Fall von allgemeiner Paralyse, die sich im Laufe einiger Jahre entwickelte und zu der sich in Folge eines apoplectiformen Insultes Aphasie mit Hemiparese zugesellte. Es handelt sich um eine sensorische Aphasie ohne Worttaubheit, die bereits im August 1888 zur Erscheinung kam und nach dem paralytischen Anfall im November d. J. sich noch steigerte. Vorgesprochene Worte konnte P. nachsprechen, selbst nachschreiben. Diese aphatische Störung dauerte über ein Jahr und liess vermuthen, dass eine somatische Ursache ihr zu Grunde liegen müsse. Wir fanden nun eine Erweichung der l. Insel, des hinteren Endes der orbitalen Fläche der II. l. Stirnwindung wie auch der Spitze des l. Schläfelappens. Die tiefste Läsion betrifft jedoch die l. Insel und ihr ist wohl das Symptom der Aphasie in unserem Fall zuzuschreiben. Wir wissen aus der Literatur, dass ähnliche Fälle von Aphasie bei Läsion der Insel von Meynert, Lepine und Voisin beobachtet wurden. Die Läsion der Spitze des

Schläfelappens ist wohl nicht in Betracht zu ziehen, da diese geringfügig und die I. u. II. Schläfewindung in ihrem ganzen übrigen Verlauf unversehrt blieben. Was die rechtsseitige Hemiparese die nach dem paralytischen Anfall im November 1888 zur Hemiplegie anstieg, anbetrifft, so lässt sich dieselbe durch Läsion des medialen Drittels der I. hinteren Centralwindung wie auch des oberen Scheitelläppchens erklären.

II. Beobachtung. S., 42 jähr. Fabrikarbeiter bietet schon seit 3 Jahren Erscheinungen psychischer Störung und vor einem Jahre erlitt er einen apoplectischen Insult, der eine vorübergehende Hemiplegie und vollständigen Sprachverlust zurückliess. In den letzten Monaten vor der Aufnahme traten psychische Unruhe, Selbstmordversuch, Schlaflosigkeit und öftere Krampfanfälle hinzu. Hereditäre Belastung, Alkoholmissbrauch. Aufnahme am 27. Juli 1889. — Mann von normalem Körperbau, schlaffer Muskulatur, schlechter Ernährung. Pupillen verengt, reflect. Pupillenstarre. Zunge zittert stark. Sprache unverständlich, besteht nur aus einigen undeutlichen Lauten, Fragen versteht P. gar nicht, antwortet nur mit Gesten. Gesichtsausdruck eines tief Leidenden; Zittern der Körpermuskulatur. Gang unmöglich, liegt zu Bett, Patellarreflexe gesteigert. Am 15. August trat ein epileptoider Anfall ein mit ausschliesslicher Betheiligung der rechtsseitigen Körperhälfte, der etwa 6 Stunden andauerte; eine Lähmung der Extremitäten ist nicht zurückgeblieben. Am 20. August wieder Krämpfe der rechtsseitigen, wonach eine bedeutende Schwäche zurückblieb. P. versteht keine Fragen, spricht nicht, gestikulirt stark. Unwillkürliche Urin- und Kothentleerungen. Puls sehr schwach, verlangsamt. Am 15. September traten 5 Krampfanfälle mit Betheiligung aller Extremitäten und Gesichtsmuskeln ein. Nach den Anfällen blieb eine Schwäche der linksseitigen Extremitäten besonders der oberen zurück; letztere stark geschwollen. Rechts Mydriasis; beide Pupillen reactionslos; vollständige Sprachlosigkeit. Am 22. September trat unter zunehmender Lungenlähmung der Tod ein.

Sectionsbefund. Pneumonia cachecticorum. Hepar moschatum. Hyperostosis cranii. Encephalomeningitis chronica diffusa. Hydrocephalus internus. Haemorrhagiae corticales.

Pia verdickt, undurchsichtig, trennt sich schwer von den Hirnwindungen besonders von der Stirn- und vorderen Centralwindung. Die graue Substanz der Stirn- und der v. Centralwindung besonders links stark atrophisch. In der Corticalis der Windungen finden sich kleine Hämorrhagieen und zwar an der linken Hemisphäre: a) eine erbsengrosse am oberen Ende des g. centr. ant. in der Nähe des lob. paracent. und 2 kleinere am unteren Ende desselben, b) zwei Stecknadelkopfgrosse am hinteren Ende des g. front. med., c) eine erbsengrosse, am unteren Ende des g. centr. post. An der rechten Hemisphäre d) eine erbsengrosse im g. occipit. II. Die Blutungen nehmen zumeist den ganzen Durchmesser der grauen Substanz ein. Die nähere Betrachtung der Hirnwindungen lässt eine starke Atrophie des g. tempor. I. an der linken Hemisphäre erkennen, die Schläfewindung ist

4 ctm. lang und kaum einen halben ctm. breit, wogegen die rechte I. Schläfewindung 7 ctm. lang und 2—3 ctm. breit ist. Das Inselläppchen intakt. — Wir haben hier also neben einer Encephalomenigitis nebst Atrophie der Stirnwindungen, capilläre Blutungen in der Hirnrinde — die wohl mit den Krampfanfällen in Beziehung stehen — und das Hauptsächlichste: eine bedeutende Atrophie der linken I. Schläfewindung. Was den Fall selbst betrifft, so handelt es sich um eine allgemeine fortschreitende Paralyse, dessen hervorstechendes Symptom eine complete Aphasie mit Worttaubheit bildet. Dieselbe besteht über ein Jahr und als anatomische Ursache derselben muss die Atrophie der I. linken Schläfewindung angesehen werden.

III. Beobachtung. Der 46 jähr. Schustergeselle J. F. ist seit etwa 3 Jahren krank, angeblich in Folge eines heftigen Schläges auf den Kopf. Seit dieser Zeit trat psychische Unruhe, ungebundenes Verhalten und in Folge eines apoplectischen Insults rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie ein. Aufnahme am 13. Juni 1889. — Pat. von schwachem Körperbau und schlechter Ernährung. Schädel symmetrisch, zeigt nichts Abnormes. Pupillen verengt, reactionslos. Zunge wird auf Verlangen nicht herausgestreckt. Sprache fehlt vollständig, auf Befragen folgen keine Antworten, auch scheint P. dieselben nicht zu verstehen, da er weder in seinem Mienenspiel noch in den Gesten deren Verständniss kundgibt. Die rechte Oberextremität bedeutend schwächer als die linke, die untere wird nachgeschleppt, der Patellarreflex ist rechts gesteigert. Contractur der rechtsseitigen Extremitäten. Der Kräftezustand des P. ist so gering, dass er fast keine Bewegungen anstößt, fast den ganzen Tag sitzt und gefüttert werden muss. Untersuchung der Sensibilität in Folge der Demenz unmöglich. Herztöne rein; geringes Lungenemphysem. Apathie, Sprachlosigkeit. In diesem Zustande verblieb P. bis zum 1. November 1889, nur wurde er bettlägerig, es bildete sich cachectische Lungenentzündung und an diesem Tage trat der Tod ein.

Sectionsbefund. Pneumonia cachecticorum. Hepar cyanoticum. Gastroenteritis cath. chronica. Atrophia lobi temporalis et parietalis sin. Ramollito g. temp. I. sin. Hydrocephalus internus.

Was den Befund am Gehirn betrifft, so bietet die Dura Nichts Bemerkenswerthes. Bei Herausnahme des Gehirns aus dem Schädel fällt sogleich eine enorme Asymmetrie des Gehirns auf: die linke Hemispäre erscheint mindestens um $\frac{1}{3}$ schmaler als die rechte. Pia etwas getrübt, wird ganz leicht von der Hirnoberfläche abgezogen. Die Gefässe an der Basis erscheinen normal. Was die Hirnwindungen betrifft, so sind sowohl die Stirnwindungen und namentlich die III. wie das Inselläppchen links bedeutend schwächer als rechts. Die I. linke Schläfewindung, verdünnt um das Dreifache, ist in der hinteren Hälfte beim Uebergang in den g. supramarginalis gelblich erweicht. An der Oberfläche des linken Scheitellappens senkrecht zum sulc. interparietalis erscheint eine tiefe Einsenkung in Folge eines Schwundes des entsprechenden Marklagers. Bei Eröffnung der Seitenventrikel erscheinen beide erweitert, jedoch der linke um das Vierfache weiter, da dessen Sei-

tenwand fast die graue Substanz der Scheitel- und Schläfewindungen erreicht. Stammganglien normal, Pons und Medulla oblongata bieten makroskopisch keine Abnormitäten.

In vorliegender Beobachtung haben wir also einen Fall von totaler Aphasie mit Worttaubheit bei einem Hemiplegiker, die seit 3 Jahren in Folge eines Trauma bestand und zu völliger Demenz führte — ohne die Symptome einer allgemeinen Paralyse darzubieten. Und anatomisch finden wir eine Atrophie der linken Hirnhemisphäre: speciell des g. Broca und Ins. Reilii, gelbe Erweichung des hinteren Abschnittes der I. Schläfewindung und Atrophie sowohl der Windungen des Scheitel- und Schläfelappens wie auch Schwund des entsprechenden Marklagers. Es ist schwer zu erklären auf welchem Wege dieser so enorme Schwundprocess entstanden ist, nur ist anzunehmen, dass ein grosser Erweichungsherd, dessen Reste wir an der I. Schläfewindung sehen, im Laufe der Jahre den Schwund des Marklagers hervorgebracht hat. Die Wichtigkeit des Falles liegt jedoch darin, dass bei totaler Aphasie und Worttaubheit wir ausser einer Läsion der Broca'schen und Inselwindungen einen Erweichungsherd in der hinteren Hälfte der I. Schläfewindung fanden.

Schliesslich erinnere ich hier noch kurz an einen von mir im J. 1884 veröffentlichten Fall¹⁾ von Aphasie speciell Worttaubheit bei einem Nichtparalytiker, in dem ich eine Zerstörung der I. und II. Schläfewindung constatirte.

Resümiren wir das Ergebniss obiger drei Fälle, so haben wir: 1. sensorische Aphasie bei Paralyse — Erweichung der linken Insel. 2. complete Aphasie mit Worttaubheit bei Paralyse — Encephalitis der I. Schläfewindung. 3. complete Aphasie und Worttaubheit — Atrophie der Broca'schen und Erweichung der I. 1. Schläfewindung. Aus meinen früheren 2 Beobachtungen sehen wir: 4. Worttaubheit — Erweichung der I. und II. 1. Schläfewindung. 5. Sensorische Aphasie bei Paralyse — Erweichung des II. und III. 1. Schläfewindungen. Aus diesen Ergebnissen können wir den Schluss ziehen, dass a) im Verlauf der allgemeinen Paralyse zumeist die sensorische Aphasie mit oder ohne Worttaubheit vorkommt; b) die anatomische Ursache der Worttaubheit fast ausschliesslich in der I. linken Schläfewindung zu suchen ist und c) die sensorische Aphasie ohne Worttaubheit von einer Läsion der I. Insel oder II. und III. Schläfewindung abhängig ist.

Aus obigen Beobachtungen sehen wir, dass Sprachdefekte im Bilde der allgemeinen Paralyse der Irren nicht selten auftreten und dem klinischen Bilde der Krankheit ein besonderes Gepräge aufdrücken können. Diese Fälle bieten in anatomischer Hinsicht Uebergangsformen von Herd- zu diffusen Erkrankungen der Hirnoberfläche und es ist selbstverständlich, dass so mancher Fall dieser Art differentiell-diagnostische Schwierigkeiten in Betreff seiner klinischen Form abgiebt. Von meinen

¹⁾ Ein Fall von corticaler Hemiplegie mit Worttaubheit. Centralbl. f. Nervenh. 1884. Nro. 1.

3 Beobachtungen ist der erste unzweifelhaft Paralyse, der zweite ist schon eine Uebergangsform, der dritte ist eine Herderkrankung. So ist es auch mein früherer Fall von corticaler Hemiplegie mit Worttaubheit. Es ist dies umsomehr erklärlich, wenn wir bedenken, welch tiefes Eingreifen ein so schweres Ausfallssymptom wie Aphasie in das psychische Organ ausübt, wie es vollen Blödsinn vortäuscht und in Folge der secundären Entwicklung des anatomischen Processes auch in der That verursacht.

Alles obige zusammenfassend, kommen wir zu folgenden Schlussworten: 1. Aphasie als Herdsymptom kann sowohl Paralyse vermuthen lassen wie auch deren Vorhandensein verdecken. 2. Das Studium der allgemeinen Paralyse liefert nicht unwichtige Beiträge zur Localisationsfrage des Gehirns.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

I. Berliner Medicinische Gesellschaft.

Von Dr. J. Ruhemann in Berlin.

Sitzung vom 6. November 1889.

567) E. Mendel: *Zur Localisation der reflektorischen Pupillenstarre.*

Mendel sucht den centralen Reflexbogen zwischen Lichteinfall und Pupillenspiel nachzuweisen, da ja seine Lokalisation in den Vierhügeln durch Knoll, der nach Entfernung der Corp. quadrigemina die Irisbewegung erhalten sah, und durch Gudden unwahrscheinlich gemacht war. Um nun die Reflexbahn zwischen Opticus und dem Sphinkterast des Oculomotorius festzustellen, verfuhr M. analog den Versuchen zur Auffindung des Augenfacialis-kerns. Er entfernte bei neugeborenen Thieren, Kaninchen, Hunden, Katzen die ganze Iris durch Iridektomie, wobei die meisten Augen durch Panophthalmie zu Grunde gingen; aber bei einigen Thieren blieben die Augen gesund, die Sehkraft erhalten. Alle Versuchsthiere wurden nach 4—5 Monaten getödtet, und Schnittserien (Kronthal) angefertigt. Wo das Auge zerstört und der Opticus atrophirt war, da zeigte sich Atrophie des Corp. geniculat. extern. der entgegengesetzten Seite und des Ganglion habenulae der operirten Seite; bei den intacten Sehorganen fand sich dagegen nur Atrophie des Ganglion habenulae derselben Seite, welches letztere demnach von M. als ein Centrum für die Irisbewegung angesehen wird; sprechen doch die Versuche von Gudden, der nach Wegnahme eines etwa dem Ganglion habenulae entsprechenden Buckels vor den Vierhügeln die Pupillenbewegung aufhören sah, und die Angaben von Bechterew, Hensen und Völckers, Kristiany für die M'sche Lokalisation. Die beide Ganglien verbindende Commissur, welche in dem unteren Theile der Commiss. posterior verläuft, ist in ihrem dem afficirten Ganglion anliegenden Theil atrophirt und bildet den Weg für die Uebertragung des Lichtreflexes von Pupille zu Pupille. Nimmt man noch hinzu die Thatseche, dass in den M'schen Versuchen

der Gudden'sche Kern ebenfalls afficirt ist, dass nach Darkschewitsch ein Theil der Pupillenfasern des Opticus in das Ganglion habenulae eintritt, so ist der Weg bei Erzeugung der reflectorischen Pupillenbewegung nach M. so: N. optic., Chiasma, Tr. optic., Ganglion habenulae, Commissur. poster., Gudden'scher Kern, Sphinkterast des Oculomotorius. (Erläuterung an Lichtbildern.)

Wie sich nun die Sache bei dem Menschen gestaltet, bedarf noch der klinischen Resultate. Der Moeli'sche Fall*) von isolirter reflectorischer Pupillenstarre bei Anwesenheit eines Tumors in dem III. Ventrikel scheint wie Moeli in der Discussion selbst zugab, nicht gegen die Auffassung des M.'schen Reflexbogens zu sprechen; denn trotz des negativen Befundes Moeli's in der hinteren Commissur mag doch ein Fasernausfall vorhanden gewesen sein, der sich indess der Untersuchung entzog.

III. Referate und Kritiken.

568) G. Jelgersma (Meerenberg): Ueber den Bau des Säugethiergehirns. (Morpholog. Jahrb. Bd. XV. 1889.) Uebersetzt von H. Kurella.

In weiterer Verfolgung seiner in diesem Centralblatte 1887, Nro. 18, 19, 20 veröffentlichten Studien: „Beitrag zur Morphologie und Morphogenese des Gehirnstammes“ kommt Verf. zu dem Ergebniss, dass der Unterschied in der Entwicklung der vom Verf. früher bezeichneten „intellektuellen Bahn“ bei Mensch und Affen ebenso gross ist, wie der Unterschied der Hirnoberfläche und dass das sehr eigenartige Bild der Medulla oblongata beim Menschen durch die starke Entwicklung der intellektuellen Bahn verursacht wird. Betrachtet man die „intellektuelle Bahn“ als Einheit und in ihrer Entwicklung abhängig von der Grosshirnoberfläche, so erhält man einen klaren Einblick in die Gesamtheit der hier in Betracht kommenden morphologischen Verhältnisse. Die Einzelheiten der vergleichenden Studie über den Bau der intellektuellen Bahn bei den verschiedenen Säugethieren sind einem kurzem Referate schwer zugänglich — wir verweisen desshalb auf das Original. Verf. glaubt nachgewiesen zu haben, dass das Gemeinsame und Charakteristische im Bau des Säugethiergehirns in den Folgen besteht, welche mit der Entwicklung des Hirnmantels einhergehen, es ist dies die Bildung eines besondern Systems von Leitungsbahnen und Centren, von denen das eine Ende im Hirnmantel selbst liegt, während das andere sich in den Himisphären des Cerebellum befindet. Der Verlauf dieser Bahn ist noch nicht in allen Einzelheiten bekannt. Die Entwicklung dieser Bahn hängt mit dem höheren oder niederen Grad der allgemeinen Hirnorganisation zusammen.

Das Entstehen der Windungen und Furchen, mit dem sich Verf. im zweiten Theile seiner Studie befasst, ist im grossen sowohl als im kleinen Hirn unabhängig vom Schädelwachsthum, unabhängig vom

*) Arch. f. Psychiatr. VIII.

Verlauf der Blutgefäße, sowie überhaupt von allem, was ausserhalb des Hirns selbst liegt; die Windungen müssten entstehen, selbst wenn gar kein knöcherner Schädel vorhanden wäre.

Die Bildung derselben ist einfach die Folge der Neigung der an der Oberfläche befindlichen Lagen zur Flächenausdehnung und einer gegenseitigen Raumaccommodation der grauen Substanz und der weissen Leitungsbahnen. Am Kleinhirn sind diese Verhältnisse am deutlichsten zu demonstrieren.

Goldstein.

569) S. E. Henschen: Ueber das motorische Centrum des Beines.

(Nordiskt Med. Arkiv Bd. XX. Nro. 18.)

Pat., Knabe von 5 J., wurde den 8/9 1887 in die Klinik aufgenommen. Im August klagte er über Schmerzen im rechten Arme und Beine und konnte sich seitdem nicht auf das rechte Bein stützen. Darauf Parese des rechten Armes. In der Klinik klagte er über Schmerzen in der Brust, dem rechten Knie und Ellenbogen. Pat. kann das rechte Bein nicht gebrauchen. Schmerz- und Tastsinn normal; der rechte Arm normal. Starb den 20/12. an tuberculöser Meningitis. Section: Der linke lob. paracentralis und der angrenzende Theil des lobus quadratus mit der Gehirnoberfläche verwachsen durch eine 15 Mm. breite in das Gehirn eindringende tuberculöse Masse. Diese nahm auch ungefähr 1/3 der Centralwindungen und den vorderen Theil der oberen Parietalwindung ein. Verf. hebt hervor, dass das Gefühl ungestört war, trotzdem der lob. quadrat. und gyr. parietal. sup. angegriffen war und dass die Parese nur die Flexoren und Adductoren betraf. Im Anschluss an diesen Fall unterzieht Verf. alle ähnlichen bekannten Fälle (12) einer Kritik und gelangt zu folgenden Schlüssen.

1. In allen 8 Fällen von Beinmonoplegie findet sich eine Läsion des lobus paracentralis.

2. In allen Fällen (ausser einem) folgt nach einer Beinamputation Atrophie des Paracentrallobus.

3. In 4 Fällen (von 8) von Beinmonoplegie fand sich zugleich Läsion der obersten Theile der Centralwindungen (einer oder beider); in einem Falle scheinen diese Windungen oder von dort ausgehende Fäden nicht angegriffen, in 3 Fällen herrscht Ungewissheit darüber.

4. In 3 Fällen (von 4) wird erwähnt, dass nach Beinamputation Atrophie der Centralwindungen eingetreten sei (in einem Fall beider, in einem Fall der vorderen, in einem der hinteren).

5. Weder der gyrus fornicatus, der Fuss der ersten Frontalwindung, der gyrus quadratus noch der gyrus parietalis superior brauchen bei motorischer Beinmonoplegie angegriffen zu sein. Die vorliegenden Fakta beweisen also nur, dass Zerstörung des lob. paracentralis immer von Beinmonoplegie gefolgt ist.

Buch.

570) **J. Babinski** (Paris): Faisceaux neuro-musculaires.

(Archives de médecine expérimentale Nro. 3. 1889.)

B. weist in einer kurzen Arbeit die schon von **Roth** und **Siemering** behauptete physiologische Natur der neuromuskulären Stämmchen in den willkürlichen Muskeln nach, im Gegensatz zu **Eichhorst**, der dieselben als etwas Pathologisches beschrieben hatte und daraufhin Veranlassung genommen hatte eine Neuritis fascians aufzustellen.

Strauscheid.

571) **M. Brown-Séquard** (Paris): Expériences montrant combien est grande la dissémination des voies motrices dans le bulbe rachidien.

(Archives de physiologie norm. et patholog. Nro. 3. Juli 1889.)

Der bekannte Gegner der Localisationstheorie bringt 2 neue Experimente, die er an Kaninchen und Huuden unternahm, vor. Einmal nämlich experimentirte er an Thieren, denen er den ganzen Bulbus mit Ausnahme der vorderen Pyramiden durchschnitten hatte, das andere Mal an solchen, denen er in der Nähe der Brücke beide vordere Pyramiden und einen kleinen Theil des umgebenden Bulbusgewebes (um der vollkommenen Durchtrennung der Pyramiden sicher zu sein) durchschnitten hatte. Vorher hatte er sich jedesmal von der kräftigen Wirkung des elektr. Stromes auf die motorischen Rindencentren überzeugt.

Faradisirte er nun die motorischen Zonen nach völliger Durchtrennung der Pyramiden, so fand er fast ebenso starke und manchmal ganz gleich starke Bewegungen der Extremitäten wie diejenigen, die er vor der Durchschneidung constatirt hatte.

Hatte Verf. den ganzen Bulbus mit Ausnahme der Pyramiden durchschnitten und die Athmung durch Einblasung im Gange gehalten, so ergab die Galvanisation der motorischen Centren die gewöhnlichen gekreuzten Bewegungen der Extremitäten, nur mit deutlich verminderter Stärke.

Verf. schliesst daraus, dass die motorische Nervenleitung von der Hirnrinde zu dem Rückenmarke und zu den Muskeln sowohl in den Pyramiden wie auch ausserhalb derselben stattfinden kann und dass sie durch die übrigen Bulbustheile besser geschieht als durch die Pyramidenstränge. Einmal sah Verf. bei einem Hunde, dessen vordere Pyramiden durchschnitten waren nach Faradisation der motorischen Centren einen epileptischen Anfall auftreten.

Im allgemeinen zieht Verf. den Schluss, dass die Verbindungsbahnen zwischen Gehirn und Rückenmark viel zahlreicher sind, als man annimmt.

Strauscheid.

572) **M. François Franck** (Paris): Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale.

(Archives de physiologie normale et pathologique. Nro. 3. Juli 1889.)

Zumal in den letzten Jahren sind von klinischer Seite ausserordentlich viele Beobachtungen veröffentlicht worden, die den Beweis für die Abhängigkeit einer ganzen Reihe von nervösen Störungen von Nasenerkrankungen liefern sollten. Verf. hat es nun unternommen an

Hunden, Katzen und Kaninchen auch den experimentellen Beweis hierfür beizubringen. Um den ursächlichen Zusammenhang zwischen Nasenreizungen und nervösen Störungen darzuthun ist es nöthig, dass die nervöse Störung durch eine direkte Reizung der Nasenschleimhaut hervorgerufen werden kann, dass sie bei Cocainanästhesirung derselben Stelle verschwindet, dass sie auch durch Canterisation der gereizten Schleimhautpartie unterdrückt wird und dass kein irgendwo sonst applicirtes Revulsivum die Zufälle zu unterdrücken im Stande ist. Verf. giebt nun zunächst nur die Störungen an, die er in den Respirations- und Circulationsapparaten beobachtet hat und will von den übrigen Störungen später sprechen. Er konnte nun zunächst *Niessen* und *Husten* durch Reizung der Nasenschleimhaut hervorrufen. Genauer beschrieben wird der *Laryngo-* und *Bronchospasmus* sowie die *Störung der äusseren Athembewegungen*, die er bei seinen Experimenten erzielte. Als vor allen empfindlich zeigte sich dabei das vordere Ende, der freie Rand und in geringerem Masse, das hintere Ende der unteren und mittleren Nasenmuschel, in noch geringerem Grade der hintere Theil des Septum und die Schleimhaut des unteren Ganges. Man beobachtet also bei Reizung dieser Schleimhautpartieen, zumal wenn sie etwas entzündet sind, Schliessung der Glottisspalte, Verengung der Bronchien. Was die äusseren Athembewegungen angeht, so zeigen auch sie einen spastischen Character. Wird die Athmung durch die Reizung der Nasenschleimhaut in Expiration gestört, so contrahiren sich die Abdominalmuskeln mächtig, wird sie in Inspiration aufgehoben, so senkt sich das Zwerchfell, der Thorax dehnt sich aus. Doch wird die Respiration nicht immer aufgehoben, sondern oft nur arhythmisch, unregelmässig, stossweise unterbrochen. Combiniren sich, zumal beim freigelassenen (nicht auf dem Operationstische befindlichen) Thiere die Laryngeal-, Bronchial- und äusseren Athembewegungsstörungen, so entsteht das Bild vollkommener Suffocation, die erst langsam wieder schwindet. Es gleichen solche Anfälle der Thiere durchaus den asthmatischen Anfällen beim Menschen.

Was die *Herzstörungen* infolge von Reizungen der Nasenschleimhaut angeht, so konnte Verf. eine deutliche Verlangsamung der Herzaction constatiren zumal wenn die Nasenschleimhaut vorher entzündet war. Beim Menschen ruft die Berührung der gesunden Nasenschleimhaut keine Aenderung der Pulsfrequenz hervor, dagegen beobachtete Verf. bei einem sehr irritirbaren, an einer chronischen Nasenschleimhautentzündung leidenden Manne bei bloser Berührung mit einem Pinsel beträchtliche Beschleunigung des Herzens.

Was endlich die *vasomotorischen* Störungen angeht, die Verf. bei seinen Experimenten beobachtete, so bestanden dieselben in einer manchmal beträchtlichen Vasodilatation am ganzen Kopfe, überall sonst in der Peripherie sowohl, wie in den tiefen Organen Vasoconstriction und damit Hand in Hand gehend Steigerung des arteriellen Blutdruckes.

Was die Ausführung der Experimente angeht, so muss auf das Original verwiesen werden.

Strauscheid.

573) **Zacher** (Stephausfeld): Ueber einen interessanten Hirnbefund bei einer epileptischen Idiotin; zugleich einen Beitrag zur pathologischen Anatomie der cerebralen Kinderlähmung.; (Arch. f. Psych. XXI. 1. p. 38.)

Die ziemlich typische cerebrale Kinderlähmung eines weiblichen Individuums war im 9. Lebensjahre nach einer Gehirnentzündung entstanden. Gleich von Anfang an hatten sich regelmässig wiederkehrende epileptische Anfälle eingestellt und nachträglich linksseitige Contracturen. Die Patientin starb im 42. Lebensjahre. — Bei der Section wurde neben diffusen encephalitischen Prozessen, asymmetrischer Gehirnentwicklung und einer parenchymatösen Rückenmarksaffection u. s. w. — eine interessante Neubildung gemischten Characters gefunden, nämlich an verschiedenen Stellen Höhlen- und Knochensubstanz-Entwicklung, die übrigens der Verf. als beide *auf dem Boden einer Gliese entstanden*, anspricht. In der weissen Substanz der I. und II. Stirnwindung befanden sich je eine und zwei Höhlen bis zu 3 ctm. Länge, welche vollkommen glattwandig aber ohne jede auskleidende Membran waren. Nahe an die vorderste der Höhlen schloss sich ein etwa haselnussgrosser Tumor, welcher von aussen in den vorderen Theil des Seitenventrikels hineinragte. Derselbe bestand aus einem ziemlich weichem bindegewebigem Kern und einer Schale von echter Knochensubstanz. — Bemerkenswerth ist noch, dass im Bereiche der Neubildung unterhalb der Rinde sich die *Meynert'schen* Associationstasern in der Markleiste besonders schön als ein wohl erhaltenes System von Nervenfasern präsentirten. Ihre Selbstständigkeit wurde durch den Umstand dargethan, dass sie trotz der Zerstörung des Rindenmarkes keineswegs gelitten hatten.

Langreuter.

574) **H. Lissauer** (Breslau): Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrage zur Theorie derselben. (Arch. f. Psych. XXI. 1. p. 222.)

Bei einem 80 jährigen Manne, der bereits seit drei Jahren an Schwindelanfällen gelitten hatte, trat wahrscheinlich in Folge eines Schädeltraumas classische Seelenblindheit ein d. h. der sonst über Alles verständig Auskunft gebende Patient war ausser Stande einen grossen Theil der ihn umgebenden gewöhnlichsten Objecte mittelst des Gesichts wiederzuerkennen. Wohl aber erkannte und beschrieb er Alles richtig, was er mit den Händen betasten oder mittelst des Gehörs wahrnehmen konnte. Im Einzelnen wurde folgendes constatirt: Die Intelligenz ist nur durch geringen Gedächtniss-Defect beeinträchtigt, welcher ferner zu hypochondrischer Verstimmung, einer gewissen Unsicherheit im Auftreten und zu misstrauischem Wesen Veranlassung gab. Es besteht ziemlich scharf abgegrenzte absolute rechtsseitige Hemianopsie, während das centrale Sehen für beide Augen durchaus normal ist. Sonst sind keinerlei cerebrale Herderscheinungen, insbesondere keine aphasische Störung vorhanden. Der Patient ist körperlich auffallend rüstig. Er besitzt ungefähr $\frac{2}{3}$ der seinem Alter physiologisch zukommenden Sehschärfe, hat keine subjective Sehstörung und ist etwa seinen Jahren entsprechend, presbyopisch. Das Unterscheidungs- und Perceptions-

vermögen für Farben ist wohl erhalten, nur kann er nicht mit den verschiedenen Farbennuancen die bestimmten complicirteren sprachlichen Begriffe verknüpfen. Operationen behufs Documentiren von Augenmass (halbiren von Linien, centriren von Kreisen u. dgl.) werden richtig ausgeführt; die Prüfung des stereoscopischen Sehens ergibt keine sichere Resultate. Die erhaltene Schreibfähigkeit (d. i. „Nachzeichnen innerlich vorschwebender Buchstabenbilder“) beweist, dass nicht alle optischen, Erinnerungsbilder erloschen sein können. Der Patient kann flüssend schreiben, auf Dictat und auch spontan. Das Nachzeichnen ganz einfacher Figuren gelingt dagegen sehr unvollkommen oder fast gar nicht: das Nachschreiben und das Abzeichnen von concreten Gegenständen weder nach Vorlagen noch aus dem Kopf notabene — weil hier associative Gehirnvorgänge nothwendig sind (s. unten!). Lesen kann der Kranke so gut wie gar nicht. Die Fähigkeit Formen aufzufassen und zu vergleichen ist ebenfalls sehr stark reducirt. Dies Alles erklärt sich leicht durch die Erwägung, dass dem Patienten das *symbolische Verständniss* seiner *Gesichtseindrücke* verloren gegangen ist — darin besteht aber die *Seelenblindheit*. Die anfänglich sehr erschwerte Orientirung auf Strassen und Plätzen gewöhnte sich Pat. nach mehreren Wochen wieder an. — Ueber die Beurtheilung der concreten Aussenwelt seitens des Kranken gibt der Verf. ausführliche sehr interessante Protokolle. Die Quintessenz derselben ist: dass der Patient sich allen Eindrücken gegenüber, die er durch das Tast- sowie das Gehörorgan empfängt, wie ein normaler Mensch verhält. Mit dem Gesichtssinn allein dagegen erkennt er einen grossen Theil der in Betracht gezogenen Dinge nicht. Im Allgemeinen waren in dieser Beziehung ziemlich grosse Schwankungen zu constatiren. Zu den wenigen Dingen die ihm unter fast allen Umständen bekannt waren, gehörten seine eigenen Sachen: Hut, Mütze, Rock u. s. w.; ferner wurden menschliche Personen von leblosen Dingen als solche unterschieden. Wie gewöhnlich bei psychischen Defect-Zuständen, erfolgte das Eingeständniss der Lücke fast nie unumwunden, sondern wurde in einer Art von Verlegenheit durch Redensarten und Flickwörter zu erleichtern gesucht. — Im Vorlauf eines halben Jahres trat allmähliche aber deutliche Besserung ein. Dann (Anfang 1889) blieb die Störung als partielle Seelenblindheit stationär und erstreckte sich immer noch auf eine grosse Anzahl der allergewöhnlichsten Objecte. —

In dem *zweiten Theil* seiner Arbeit beschäftigt sich der Verf. mit der *Theorie* der Seelenblindheit, indem er seine eigene Beobachtung analysirt und auch mit anderweitigen Berichten der Literatur vergleicht. Das Wesen des besagten Defectes besteht darin: „dass ein Kranker, der nachweislich Gesichtseindrücke erhält von einer zur Unterscheidung der in Betracht kommenden Reize genügenden Schärfe, ausser Stande ist die ihm vorgelegten Objecte mittelst des Gesichtssinns richtig zu unterscheiden.“ Dabei darf natürlich weder geistige Stumpfheit noch eine aphasische Störung vorliegen. Bei der Seelenblindheit nun können *zweierlei Acte* unterbrochen sein, einmal die *Apperception* die die bewusste Wahrnehmung des Gesichtseindrucks und ferner die *Association*

d. i. der Act der Verknüpfung anderer Vorstellungen mit dem Inhalt der Gesichtsnahrehwsmung. Die Ungestörtheit beider Vorgänge ist nothwendig um den Begriff als solchen im Gedächtniss aufzuspeichern, das heisst also einen Gegenstand, der Aussenwelt durch einen Gesichtseindruck in seinen charakteristischen Eigenschaften zu erfassen, ihn wiederzuerkennen. Seelenblindheit tritt ein, wenn einer von den beiden Prozessen oder wenn beide durch irgend eine pathologische Veränderung unterbrochen ist. Den hier vorliegenden concreten Fall möchte der Verf. eher als eine *associative* Seelenblindheit auffassen. Weil nämlich der Formensinn (Nachzeichnen, Augenmaass etc.) verhältnissmässig wenig beeinträchtigt war, konnten die Apperceptionsvorgänge wenigstens in gröberer Weise nicht gestört sein. —

Was nun die *anatomische Seite* der Frage anlangt, so zerlegt der Verf. zum näheren Verständniss den ganzen Apparat der Rindencentren in drei Glieder: 1. Die *subcorticalen* von der Peripherie herkommenden Leitungen. 2. Die *Rindenwerkstätte selbst*. 3. Die *transcorticalen* Leitungen zur Verknüpfung des Centrums mit der übrigen Rindenoberfläche, durch welch' letzteren Act erst das eigentliche Verständniss eines Sinneseindrucks erreicht wird. Da nun in dem vorliegenden Falle die in der Rindenwerkstätte selbst sich abspielenden Prozesse: das einfachere rohe optische Gedächtniss wenig oder gar nicht gelitten hatten, dagegen die höher stehenden Acte: die Association und das symbolische Verständniss der Gesichtseindrücke offenbar stark beeinträchtigt waren, so lag höchstwahrscheinlich eine *associative*, auf Unterbrechung der *transcorticalen* Leitungen beruhende *Seelenblindheit* vor. (s. oben!) Um mit dieser Auffassung auch die zugleich bestehende *rechtsseitige Hemianopsie* in Einklang zu bringen, kann man sich vorstellen: dass diese durch einen die *subcorticalen* Sehstrahlungen des linken Hinterhauptlappens unterbrechenden Herd verursacht wurde. Ein zweiter Herd hatte dann die *transcorticalen* Strahlungen des Seencentrums in der rechten Hemisphäre betroffen. Damit aber dieser letztere Herd wirklich zur Seelenblindheit führte, war es nothwendig, dass die Commissurenbahnen zwischen beiden Sehsphären nicht functionirten, um ein vikariirendes Eintreten und somit Verstehen auf Umwegen zu verhindern. Da die Commissuren den subcorticalen und transcorticalen Bahnen wenigstens theilweise parallel laufen müssen, ist eine gemeinsame Verletzung sehr wohl denkbar. —

Der Verf. bringt jedenfalls die Seelenblindheit dem Verständnisse näher, wenn er — wie in seiner ganzen Arbeit geschieht — den *associativen* Vorgängen eine richtigere Bedeutung beimisst, statt wie mehrere seiner Vorgänger offenbar complicirtere Functionen wie z. B. Raumsinn, Formensinn einfach in bestimmten Rindenschichten zu lokalisiren, wodurch natürlich nichts *erklärt wird*. Langreuter.

575) Siemerling (Berlin): Ein Fall von sogenannter Seelenblindheit nebst anderweitigen cerebralen Symptomen. (Arch. f. Psych. XXL 1. p. 284.)

Der von Verf. mitgetheilte Fall, welcher oberflächlich betrachtet, als sogenannte „Seelenblindheit“ gelten konnte, führte zu einer wesent-

lich anderen Auffassung durch die Berücksichtigung der in sehr ausgedehntem Maasse bestehenden Defecte der *Sehschärfe* und des *Farbensinns*. Ein 54 jähriger Zimmermann acquirirte gelegentlich einer körperlichen Anstrengung unter Erscheinung von Schwindel und Bewusstseinsstörung folgende cerebrale Störung: rechtsseitige complete Hemianopsie. *Verminderung der Sehschärfe* bis auf $\frac{1}{30}$ auf beiden Augen. Absoluter *Verlust des Farbensinnes* beiderseits. Unvollkommene Agraphie und Alexie. Die Fähigkeit verschiedene Helligkeit zu unterscheiden war ungestört. Die gewöhnlich als „*Seelenblindheit*“ bezeichnete Störung stellte sich in der Weise dar, dass der Pat. ihm vorgehaltene Gegenstände erst nach dem Betasten zu benennen vermochte; jedoch konnte er einfache grosse schwarze Zahlen und Buchstaben auf weissem Grunde durch das blosse Gesicht richtig bezeichnen. — Neben diesen Defecten des Gesichtssinnes konnte man Spuren einer amnestischen Sprachstörung constatiren, die indessen unwesentlich sind. —

Es war nun sehr auffallend, dass nach einigen Monaten *Hand in Hand* mit der Besserung des Farbensinns und der Sehschärfe auch die Möglichkeit zurückkehrte Gegenstände sofort nach der Fixirung durch das Gesicht zu bezeichnen, und zwar so correct, dass der ursächliche Zusammenhang nicht zweifelhaft sein konnte. Die Berechtigung dieser Annahme war umsomehr plausibel, als es dem Verf. gelang *experimentell* einen Zustand zu erzeugen, welcher dem der Seelenblindheit ähnlich war, und zwar lediglich durch *künstliche Herabsetzung der Sehschärfe* und *künstliche Monochromasie*. Die letzteren Bedingungen wurden erreicht durch Anfertigung von Brillengläser und Beleuchtung eines total verdunkelten Zimmers durch Natriumlicht. Das Resultat war, dass die Versuchsperson (der Verf. selbst) nicht im Stande war einfache Gegenstände zu erkennen und sich ohne Weiteres im Raume zu orientiren. Es bestand stets das unwillkürliche Bestreben sich durch Anfassen und Tasten zu orientiren. — Bei dem obengenannten Patienten kam zu diesen Defecten nun noch die aus der Hemianopsie resultirende Unsicherheit. —

Nach diesem interessanten Experimente wird es künftig Aufgabe der Beobachter sein der Sehschärfe und dem Farbensinn in ähnlichen Fällen gebührende Beachtung zu schenken. Langreuter.

576) A. Gombault (Paris): Sur l'état des nerfs périphériques dans un cas de myopathie progressive. (Archives de méd. expér. et d'an. path. Nro. 4 und 5 1889.)

Bei einem nicht belasteten jungen Manne von 17 Jahren entsteht ohne bekannte Ursache Schwäche der Rumpf- und Beinmuskulatur; das anfrecht Stehen wird ihm beschwerlich, der Kranke muss sich setzen um zu arbeiten. Dann ändert sich der Gang, die Beine werden nach vorn geschleudert, das Becken dreht sich bei jeder Vorwärtsbewegung. Endlich nehmen die Muskelmassen an Volumen ab. Alle Symptome entwickeln sich langsam, ohne Schmerzen. Erst viel später, ungefähr im Alter von 24 Jahren, bemerkt Pat. Störungen seitens der oberen Extremitäten. Auch hier ist der Gang der gleiche wie an den unteren

Extremitäten; zuerst wird die Schultermuskulatur, erst später die Handmuskulatur befallen. Die Muskeln des Gesichts, der Zunge und des Pharynx bleiben völlig verschont. Keine Sensibilitätsstörung, keine Störung der Sphincteren. Tod infolge von Lungen- und Peritonealtuberkulose im 26. Lebensjahre.

Bei der Autopsie findet man im Rückenmarke einen kleinen unbedeutenden Herd in der Cervikalschwellung, eine allgemeine Verdickung der Gefäßwandungen sowie hier und da eine Nervenfasern ohne Axencylinder. Die Vorderhörner wie auch alle übrigen Theile sind völlig normal. Die Muskeln zeigen eine einfache Atrophie. Sehr auffallend sind die Veränderungen der peripheren Nerven. Die Markscheiden der Nervenfasern sind meist recht gut erhalten, haben nur vielfach ein perlchnurförmiges Aussehen. Die Kerne sind nicht vermehrt. Dagegen zeigt der Axencylinder wichtige Veränderungen. In einer Reihe von Fasern fehlt er völlig, oder färbt sich wenigstens nicht mehr; dies beobachtet man an Nerven mit gut erhaltener Markscheide. Der Axencylinder ist in einzelnen Fällen nur in gewissen Zwischenräumen angeschwollen, dann wird er perlchnurförmig, an den geschwellten Theilen treten Granulationen auf, die das Carmin begierig aufnehmen. Dann verschwinden die Theile des Axencylinders zwischen den angeschwollenen Partien und die ganze Nervenfasern erscheint jetzt perlchnurförmig. Jetzt verschwindet auch erst allmählig das Mark.

Dieser Process ist ganz in der Peripherie am stärksten ausgesprochen; die vorderen Wurzeln enthalten schon wieder mehr normale Nervenfasern. Es handelt sich also hier um eine Nervendegeneration, die von der gewöhnlichen Waller'schen anatomisch verschieden ist und die wegen des erhaltenen Markes auf den ersten Augenblick übersehen werden könnte. Ueberhaupt fordert Verf. auf, die Beschaffenheit des Axencylinders nächstens genauer zu untersuchen, als dies bisher in den meisten Fällen geschehen ist; er ist doch der wichtigste physiologische Bestandtheil des Nerven.

Ob sie die Muskelatrophie von der Neuritis abhängig machen sollen, darüber wagt sich der Verf. nicht bestimmt auszusprechen.

Strausschaid.

577) A. Joffroy et Ch. Achard (Paris): Myopathie primitive débutant à l'âge de 55 ans chez une femme hystérique et syphilitique.

(Archives de med. expér. et d'anatomie pathol. Nro. 4. 1889.)

Die Verf. berichten über einen ganz sonderbaren, eigenthümlichen Fall von progressiver primärer Muskelatrophie (Dystrophia musculorum progressiva.) Eine hereditär nicht belastete Frau, die während 16 Jahren täglich schwere hysteroepileptische Anfälle gehabt hatte, die später ganz zurücktraten und zuletzt 10 Jahre überhaupt nicht mehr wiederkehrten erkrankte im Alter von 55 Jahren an Schwäche der unteren Extremitäten. Innerhalb zweier Jahre war Pat. völlig gelähmt. Später wurden auch nach einander die Rumpf und Armmuskeln gelähmt, ohne dass Pat. je über Schmerzen über Blasen- und Mastdarmstörungen, über Augenbeschwerden etc. zu klagen gehabt hätte. Bei der Untersuchung

fand man ausser der schlaffen Lähmung der genannten Theile die Sensibilität völlig normal; nur das Schmerzgefühl war an den Beinen etwas herabgesetzt. Dagegen war der Pharynx complet anaesthetisch. Die Reflexe fehlten. Eine sichtbare Atrophie war nicht vorhanden. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln war stark herabgesetzt, fehlte zum Theil völlig. Die Gesichtsmuskulatur war in keiner Weise geschädigt. Blase und Mastdarm functionirten normal. An den Beinen mehrere syphilitische Narben; ein frisches Gumma entwickelte sich während der Beobachtung. Die Pat. starb plötzlich im Alter von 59 Jahren nach kurz vorausgegangenen wiederholten Ohnmachtsanfällen. Ihr Zustand blieb bis zum Tode der oben beschriebene.

Bei der Autopsie fand man weder im Centralnervensystem noch in den peripheren Nerven irgend etwas pathologisches, dagegen sehr beträchtliche Veränderungen in den Muskeln. Das Bindegewebe hatte beträchtlich zugenommen, während die Muskelfasern an vielen Stellen ganz verschwunden waren. Grade an den am meisten sklerotischen Theilen beobachtet man auch stark hypertrophische Fasern. In dem Bindegewebe war stellenweise viel Fett abgelagert, so dass man an einzelnen Stellen überhaupt fast nichts als Fett sehen konnte. Die Kerne waren im Allgemeinen weder im Bindegewebe noch in den Muskelfasern vermehrt. Die beschriebenen Veränderungen waren nicht nur in den verschiedenen Muskeln, sondern auch in denselben sehr verschieden stark ausgesprochen; in demselben Muskel fand man Stellen, wo kaum noch Muskelfasern vorhanden waren und solche, die noch sehr viele normale Muskelfasern besaßen, daneben eine Reihe atrophischer Fasern. Die intramuskulären Nervenzweigchen waren intakt.

Pathologisch-anatomisch handelt es sich also um einen Fall von *Dystrophia musculorum progressiva*. Um so auffallender ist das klinische Bild. Die beiden allen Arten der Dystrophie zukommenden Eigenschaften fehlen völlig, nämlich der Beginn in der Jugend und die Heredität. Unsere Patientin erkrankte zuerst im 55. Lebensjahre. Auch die frühere Hysterie oder die Syphilis könnten mit unserer Krankheit nicht in Zusammenhang gebracht werden. Der Process hat sich langsam entwickelt, wie das Fehlen der Kernvermehrung zeigt. Die Krankheit nahm einen aufsteigenden Verlauf, von den Füssen bis zu den Armen. Das Gesicht blieb bis zuletzt frei. Der Fall kann einstweilen in keine der bis jetzt beschriebenen Krankheitsgruppen untergebracht werden.

Strauscheid.

578) **Carter Gray** (New-York): Meningite basale. (Bollettino delle cliniche Nro. 7. 1889.)

Ein 43 jähriges Fräulein erkrankte vor 5 bis 6 Jahren an Kopfschmerzen und bald darauf stellte sich eine Schwächung der Sehkraft ein. Ein Augenarzt constatirte rechtsseitige temporale Hemianopsie und links einen Anfall von ca. einem Drittel des Gesichtsfeldes. Die Verschlechterung des Sehvermögens nahm so zu, dass im Febr. 1887 nur noch quantitative Lichtempfindung vorhanden war. Zugleich zeigt sich das Gehör, der Geruch und der Geschmack links sehr stark her-

abgesetzt. Ausserdem bestand eine allgemeine rechtsseitige Parese, die nach heftigen Kopfschmerz-Anfällen an Stärke zunahm. Mit den plötzlich auftretenden Kopfschmerzen war heftiges Erbrechen verbunden; diese Anfälle kamen ca. alle Wochen und dauerten einige Stunden. Die Sensibilität war auf der rechten Seite abgeschwächt. Verf. stellte sofort die Diagnose auf einen Basalprocess, glaubte aber Syphilis wegen der untadelhaften Sitten des älteren Fräuleins (!) und weil ihm die Symptome nicht ganz dafür zu sprechen schienen, ausschliessen zu müssen. Er nahm vielmehr eine chronische basale Leptomeningitis an und liess als Therapie dagegen hohe Joddosen und eine Schmierkur anwenden. Dies hatte das erfreuliche Resultat, dass mit Ausnahme der mittlerweile fast vollkommen gewordenen Erblindung alle Symptome fast völlig schwanden. Es hat sich danach wohl trotz der Diagnose des Verf. und trotz der untadelhaften Sitten des Fräuleins um einen basalen syphilitischen Process gehandelt. Strauscheid.

579) **E. de Renzi** (Neapel): Un caso di meningite cronica spinale, curato con la sospensione. (Bollettino delle cliniche No. 7. 1889.)

Ein 34-jähriger Mann, der viele körperliche Strapazen durchgemacht hatte und viel in Venere excedirte, erkrankt nach einer starken Erkältung an Schmerzen in der Lumbalgegend und in den Beinen; bald stellen sich Sehstörungen und Schwächung der Genitalfunktionen ein. Der Druck auf die Wirbelsäule ist schmerzhaft; dieselbe wird steif gehalten. Die unteren Extremitäten zeigen beträchtliche Parese und Herabsetzung der Sensibilität in allen Arten. Die Sehnenreflexe fehlen fast ganz. Die electricische Muskel- und Nervenreaction ist nur wenig geändert. Bei diesem Pat. zog de Renzi die Aufhängung mittelst des Sayre'schen Apparates in Anwendung und sah schon nach wenigen Sitzungen eine ganz auffallende subjective und objective Besserung. de Renzi hatte in diesem Falle die Diagnose auf chronische spinale Meningomyelitis mit Ueberwiegen der meningitischen Laesionen gestellt. Strauscheid.

580) **P. Helbing**: Ueber perforirende Hautgeschwüre in Folge von Neuritis. Aus der Tübinger chirurgischen Klinik des Prof. Dr. Bruns. (Beiträge zur klinischen Chirurgie. 5. Bd. 2. 1889.)

Ein 52 Jahre alter Dienstknecht ohne hereditäre Belastung erkrankte vor 15 Jahren ohne bekannte Veranlassung an einer schmerzhaften Anschwellung des ganzen rechten Armes, an dem sich nach einiger Zeit an 8 verschiedenen Stellen Geschwüre entwickelten, die aber nach einer Reihe von Wochen wieder heilten. Vor 2 Jahren bildete sich ein Geschwür am kleinen Finger der rechten Hand, das sehr schnell in die Tiefe ging, so dass nach 14 Tagen die Nagalphalanx und das halbe zweite Fingerglied angestossen wurde. Neuerdings bildete sich wieder in der Ellbogengegend ohne jegliche Veranlassung ein thalergrosses Geschwür, das eine Menge übelriechenden Eiters absonderte. Seit der ersten Erkrankung vor 15 Jahren fühlt Pat. schlechter im rechten

Arme wie links. Bei der Untersuchung findet man bei dem sonst kräftigen und gesunden Pat. eine deutliche Herabsetzung der Sensibilität in allen ihren Formen. Das Geschwür dringt bis in das Ellbogengelenk ist fast ganz schmerzlos, ebenso wie auch Bewegungen des Ellbogengelenkes, in dem doch eine eitrige Entzündung vorhanden ist, fast völlig schmerzlos sind. Als die Gelenkentzündung weitere Fortschritte macht, verlangt Pat. selbst die Amputation des Armes, die denn auch ausgeführt wird. Bei der Untersuchung des amputirten Armes findet man eine eitrige Zerstörung des Ellbogengelenks und eine interstitielle Neuritis sämmtlicher 3 Hauptarmnerven. Die Atrophie der Nervenfasern ist keine hochgradige, sie betrifft, höchstens ein Viertel oder ein Drittel der Nervenfasern.

Es handelt sich also in unserem Fall um das Auftreten von in die Tiefe dringenden Hautgeschwüren am Arme verursacht offenbar durch eine gleichzeitig bestehende chronische Neuritis der drei Hauptnerventämme des Armes. Ausser den bekannten gleichen mal perforant du pied sind auch in der Literatur eine Reihe von Fällen des mal perforant palmaire beschrieben. Als Ursache gilt immer eine Neuritis, für die aber meist eine Ursache aufzufinden ist, was in unserem Falle fehlt.

Strausschaid.

581) O. Rosenbach (Breslau): Ueber Empfindungen, welche bei Rückenmarkskranken durch die Summation schwacher sensibler Reize ausgelöst werden. (Deutsche med. Wochenschr. 1889. Nro. 13.)

Angeregt durch die Bemerkungen N a u n y n's (Deutsch. medic. Wochenschr. 1889. Nro. 6) und im Anschluss an eine frühere Arbeit (referirt in diesem Centralbl. 1885. pag. 12) „über die unter physiologischen Verhältnissen zu beobachtende Verlangsamung der Leitung von Schmerzempfindungen bei Anwendung von thermischen Reizen“, theilt Verf. jetzt weitere Versuche mit, die er an Rückenmarkskranken (Tabes, Compressionsmyelitis) zahlreich angestellt hat. Verf. schildert die Ergebnisse folgendermassen:

1) Es findet eine Summation der schwachen Reize statt; denn die Patienten markiren mit grösster Exaktheit nach einem gewissen, individuell und bei den einzelnen Versuchen sehr variirenden, und von der Stärke des Reizes abhängigen Intervalle, die Empfindung eines tactilen Reizes.

2) Die Intervalle sind um so kleiner, je stärker der Reiz ist, d. h. je mehr er sich dem Schwellenwerth nähert. 3) Die Intervalle nehmen an Grösse ab, wenn mit Reizung ohne Aufhören fortgefahren wird, trotzdem der Patient die Perception jedesmal markirt; sie bleiben annähernd gleich, wenn nach jeder Perception eine längere Pause in der Reizung eintritt. 4) An beiden Unterextremitäten sind die Intervalle zwischen zwei Perceptionen nicht gleich. 5) Wenn der Zustand des Kranken sich temporär bessert, werden die Intervalle wesentlich kürzer, d. h. die Perception durch Summation der unterwerthigen Reize erfolgt weit schneller als sonst und es kommt schliesslich zu einem

Sinken des Schwellenwerthes. 6) Die Summationsreize, namentlich diejenigen, welche in gleicher Intensität fortdauernd angewendet werden, obwohl der Untersuchte nach gewissen Intervallen eine Perception markirt, haben fast immer grössere oder geringere Reflexbewegungen in der gereizten oder der anderen Extremität zur Folge: gewöhnlich sind kleine Bewegungen der Zehen: doch kommt es auch zu Bewegungen im Fussgelenk oder zu Tremor der ganzen Extremität. 7) Bisweilen erfolgt die Zuckung in dem nicht gereizten Beine früher; dann pflegt der Untersuchte gewöhnlich auch alsbald das Signal für die Perception zu geben; in anderen Fällen erfolgt nach einer gewissen Dauer der Reizung eine kleine Zuckung von Seiten des erregten Fusses, die dem Patienten nicht zum Bewusstsein kommt, während die nach einem kürzeren oder längeren Intervalle nun mit Sicherheit erfolgende zweite, stets intensivere Reflexbewegung fast synchron ist mit dem Signal, welches die Perception anzeigt. 8) Eine Congruenz in der Stärke der sich summirenden Reize und der Reflexbewegung ist nicht deutlich ausgesprochen; doch scheint mit der Dauer der continuirlichen Reizung die Reflexzuckung schneller ausgelöst zu werden. —

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass es sich bei den geschilderten Erscheinungen in der That um Summation von Reizen handelt und auch dafür sprechen die Beobachtungen, dass diese Summation grösstentheils im Rückenmarke, also innerhalb der primären Reflexbahn, stattfindet. Verf. spricht die Hypothese aus, dass der Schwellenwerth etwa diejenige Kraftmenge repräsentirt, welche erforderlich ist, die gesammte Nervenbahn oder einzelne Strecken in den Zustand der Leitungsfähigkeit zu versetzen, d. h. eine regelmässige gewisse Anordnung der Nervenmolecule der kleinsten Theilchen der leitenden Substanz oder die Aufhebung anderer der Fortpflanzung der Erregung hinderlicher Widerstände herbeizuführen, ein Verhalten, welches seine Analogie in gewissen physicalischen Vorgängen (Zersetzung von Flüssigkeiten durch den galvanischen Strom, Magnetisirung des Eisens etc.) hat.

Goldstein.

482) Widenmann (Stuttgart): Zur Aetiologie des Tetanus.

(Württemberg. medic. Correspondenzblatt Nro. 8. 1889.)

Obgleich in dem Aufsätze der Gebr. Widenmann die Ansicht, dass der Tetanus eine Infectionskrankheit sei, eine bedeutsame Förderung erhält, wollen wir dennoch in unserem Blatte der nahen Beziehungen wegen, die der Tetanus zum Nervensystem hat, eine kurze Inhaltswiedergabe desselben unseren Lesern vorführen. Schon im Jahre 1884 machte Arthur Nicolaier, Assistent bei Flügge (in Göttingen) (deutsche medic. Wochenschr. 1884. Nro. 52) die überraschende Mittheilung, dass er in den oberen Schichten unseres Culturbodens häufig die Keime des Tetanus gefunden habe. Insbesondere zeigte sich der mit Rossdünger versetzte Boden infectiös. Der bei Thieren mit unreiner Erde erzeugte Tetanus erhielt den Namen Erdtetanus. Auch ein Bacillus wurde von Nicolaier in dem Wundeiter gefunden.

Die Verf. theilen nun eine Krankengeschichte mit, welche darthun soll, dass solch' unreine Erde auch beim Menschen Starrkrampf erzeugen und den Tod herbeiführen kann. Ein gesunder 8 jähriger Knabe fiel beim Herabspringen von der Mauer eines Weinbergs auf den mit Rossdünger versetzten Erdboden, verletzte sich an der Wange, so dass ein Pfahlsplitter unter der Haut stecken blieb. Aerztliche Hilfe erst nach 2 Tagen. Oedem der Wange und der Augenlider. Stichkanal eitert. Halbfauler Holzsplitter am 6. Tage herausgezogen. Mund des Kranken war an diesem Tage nach der gesunden linken Seite hin verzogen, am 8. Tage Schlucken erschwert, am 9. Tage Zähneknirschen, am 10. Tage deutlicher Trismus und Opisthotonus. Krampf der Schlund- und Gesichtsmuskeln beim Versuche zu trinken. Mund wird nach links gezerrt und rüsselartig vorgewölbt. Temp. 39, Puls 140. Sensorium frei. Retentio urinae. Tonische Streckkrämpfe verbreiten sich über den ganzen Körper. Wange schwillt ab, Wunde sieht gut aus. Streckkrämpfe heftiger. Schaum tritt vor die Lippen. Respiration erschwert. Starker Schweiss. Ernährung durch Clyisma versucht. Temp. 40,3, Puls 180—190, Resp. 45. Tod unter fortgesetzten Streckkrämpfen, Dyspnoe am Abend des 10. Tages nach der Verwundung.

Flügge in Breslau machte mit dem extrahirten Holzsplitter und der Erde Experimente und führte bei einer Reihe von Mäusen innerhalb 3 Tagen typischen Impftetanus herbei. Die Erde enthielt neben den Erregern des Tetanus noch zahlreiche Bacillen des malignen Oedems. Die Versuchsthiere gingen daher an einer Mischinfection zu Grunde. 2 Mäusen brachte er später nur eine minimale Menge der verstäubten Erde auf etwas Watte in einer Hautwunde bei. Die beiden Mäuse erkrankten dann an ausgesprochenem Tetanus und verendeten nach 48 Stunden unter Starre des ganzen Körpers. Nicolaier's schlanke Bacillen mit Köpfchensporen werden gefunden. Flügge bezweifelt aber, da sie bei den übrigen Mäusen nicht gefunden wurden, dass dies die echten Tetanuserreger seien. Eitelsberg in Wien erzeugte mit einem kleinen Theil des erwähnten Splitters exquisiten Wundstarrkrampf bei einem Kaninchen. Rembold's (Stuttgart) Versuche stimmen mit denen von Flügge überein und die Verf. erzeugten mit der Erde, welcher 1888 dem Weinberge entnommen war, exquisiten Tetanus bei zwei weissen Mäusen.

Es ergibt sich daraus:

- 1) dass der Tetanus eine infectiöse Krankheit ist;
- 2) dass das Tetanusgift an gedüngter Erde und den von ihr berührten Gegenständen haften kann und dass nicht bloß Thiere sondern auch Menschen damit tödtlich inficirt werden können;
- 3) dass die von Nicolaier als specifische Infectionserreger angesprochenen feinen anoëroben Bacillen mit Köpfchensporen zwar häufig in der Erde und der damit geimpften und tetanisirten Thieren, aber nicht in dem Wundsecret aller vom Starrkrampf Befallenen gefunden wurden;

4) dass dasselbe Virus — aus derselben Erde gewonnen — bei grösseren Individuen einer längeren Incubationszeit bedarf, als bei kleinen Thieren;

5) dass sich die Wirkung des Erdgiftes steigert, wenn es auf Warmblüter übertragen und von dort zu rechter Zeit weiter verimpft wird;

6) dass die Symptome des Impftetanus an Thieren mit den Symptomen des Wundstarrkrampfes beim Menschen übereinstimmen, denn auch bei dem erwähnten Knaben zeigte sich die Wirkung des Giftes zuerst in der Nähe der Wunde. Goldstein.

583) S. E. Henschen: Hemiatrophie der Zunge bulbären Ursprungs.
(Nordiskt Med. Arkiv Bd. XX. Nro. 18.)

Nach einer Besprechung der Ursachen der Hemiatrophie der Zunge und Zusammenstellung der bekannten Fälle (zusammen 8) beschreibt Verfasser einen von ihm beobachteten Fall: Pat. stammt aus keiner neuropathischen Familie, machte mit 9 Jahren den Scharlach durch, und wurde mit 15 Jahren eine Strecke von einem Pferde geschleift, dessen Zügel sich um seine linke Hand geschlungen hatten. Dabei erhielt der Kopf jedoch keinen Stoss, noch verlor er das Bewusstsein; es stellten sich aber Schmerzen im Ellenbogen und Schultergelenk ein und bildete sich allmählig Contractur der Finger und Schwäche des Armes aus. Pat. hat die Deformität der Zunge vor Aufnahme ins Krankenhaus nicht bemerkt, Sprache, Kauen und Schlingen normal. Die Mutter hatte 1 Jahr nach dem Scharlach bemerkt, dass die Zunge knotig und uneben war. Die rechte Zungenhälfte, deren Gefühl und Geschmack normal sind, stark atrophisch, an der Spitze bis 33 Mm nach hinten, von dort ab nur der äussere Rand atrophisch. Breite 16 Mm. linke Hälfte 24 Mm; sie zeigt 2 Cm hinter der Spitze eine Vertiefung mit strahligen Falten und Furchen; weicht nach rechts ab; Beweglichkeit gut. Das rechte Gaumensegel atrophisch mit verminderter Beweglichkeit. Bei elektrischer Reizung keine Zuckungen an den atrophischen Stellen und herabgesetzte Erregbarkeit im Allgemeinen rechts. Im Larynx Abductoren-Lähmung links. Linke Hand, Klumphand. Keine Symptome von Tabes. Buch.

584) W. T. Gairdner (Glasgow): Remarks on the treatment of severe chorea by prolonged sleep, and especially by chloral hydrate in repeated doses. (Die Behandlung hartnäckiger Chorea mit verlängertem, vorzugsweise durch Chloralhydrat in wiederholten Dosen hervorgerufenen Schlaf.) (The Lancet. 3. August 1889.)

In Fällen, wo die Arsenbehandlung nicht zum Ziel führt, wendet Verf. das in der Ueberschrift bezeichnete Verfahren an. Chloral wirkt sehr häufig auf die choreatischen Spasmen (?). Wenn die Chorea schon Jahre lang besteht und sich Gewohnheitsgrimassen ausgebildet haben, soll auch diese Chloral-Schlaf-Behandlung versagen. Pauli.

585) **Ludwig Hirt**: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studierende. (Wien und Leipzig. 556 Seiten.)

Nachdem die zweite Hälfte des Hirt'schen Lehrbuches erschienen, mag eine kurze Anzeige des Werkes gestattet sein. Ich muss sagen, dass ein Bedürfniss nach einem weiteren Lehrbuch der Nervenkrankheiten bei der Ueberproduction auf diesem Gebiete nicht vorlag, aber bei der Eigenart in Eintheilung und Verarbeitung des Stoffes, wie sie Verf. bietet, nimmt man das Buch gerne hin. Ganz gewiss werden sich orthodoxe Widersprüche gegen diese Seite erheben, doch das ist bedeutungslos; ist es doch immer nur schon ein Verdienst den Versuche einer fortschreitenden Neuerung gewagt zu haben, wenn auch der Versuch bei dem ersten Anlaufe nicht völlig gelingt. Diese Lücken können bei weiteren Auflagen ausgefüllt werden. Gegen einen Punkt muss ich aber eine „scharfe Einwendung“ machen, nemlich gegen die Aufnahme der Suggestionstherapie. Dargebe ich dem Verf. Recht, dass alles Neue oder auch nur Ungewohnte eben Zeit braucht, um in weiteren Kreisen adoptirt zu werden, aber das Neue, was noch nicht erprobt ist und das Ungewohnte, was nicht Jeder beherrscht, haben nicht das mindeste Aerecht auf einen Platz in einem Lehrbuch für Studierende. Die richtige Auffassung des pädagogischen Zweckes eines Lehrbuches hätte den Verfasser, der nicht nur Schriftsteller, sondern auch Lehrer sein will, vor diesem Fehler bewahren müssen. Sehr richtig sagte in diesen Tagen ein anderer Schriftsteller, dass alles das, was wir über Hypnose und Suggestion wissen, noch nicht aus dem Stadium der *Versuche* herausgetreten sei — und „Versuche“ gehören eben nicht in ein Lehrbuch. Krankheiten des *Gehirns*, Krankheiten des *Rückenmarks*, und Krankheiten des *Gesamtnervensystems* sind die drei grossen Gruppen, in welche der Stoff getheilt ist. In der ersten Gruppe treten die „Krankheiten der Hirnnerven“ als selbstständig auf. Die anatomischen Erläuterungen sind zu dürftig, um dem Schüler das Verständniss zu ermöglichen und die klinischen Mittheilungen machen, abgesehen von manchem Gezwungenen in Folge und Untereintheilung — z. B. Behandlung der Schlaflosigkeit und des Kopfschmerz beim Trigeminus; Basedow'sche Krankheit beim Vagus; Auseinanderreissen der Angaben über den Geschmack etc. — den Eindruck eines zusammengestellten Referates; man vermisst die überzeugende Wärme eigener Erfahrung. Ein Schlusscapitel behandelt die multiple Hirnnervenlähmung. Die Eintheilung der III. Gruppe ist bemerkenswerth. Im ersten Abschnitt stehen die functionellen Neurosen, das sind die Erkrankungen *ohne* anatomischen Befund. Ihre erste Untergruppe umfasst diejenigen, welche ohne wesentliche Betheiligung des Gesamtorganismus verlaufen (Chorea, Tetanie, Paralysis agitans), ihre zweite diejenigen, welchen diese Betheiligung beigegeben ist (Neurasthenie und Hysterie, Epilepsie und Hysteroepilepsie). Im zweiten Abschnitt stehen Erkr. des Gesamtnervensystems *mit bekanntem* anatom. Befunde. Hier begegnen wir zum ersten Male der Tabes dorsalis zwischen der multiplen Sclerose, der Dementia paralytica und der Syphilis des Gesamtnervensystems. Diese Loslösung der Tabes aus den Rückenmarkskrankheiten und ihre Unterbringung in der erwähnten Gruppe halte ich für einen sehr glücklichen Griff, der bei den

ausgedehnten Hirn- und Nervensymptomen der Tabes durchaus gerechtfertigt erscheint. Das Capitel über die Irrenparalyse ist gut; abgesehen von einigen Behauptungen, die mit der psychiatr. Erfahrung sich nicht decken (z. B. die Betonung der Erblichkeit) verdient diese aus nicht psychiatrischer Feder kommende Darstellung besonders wegen Hervorhebung der socialen Seite der Erkrankung alles Lob. Neben der dringenden Empfehlung der frühen Anstaltsbehandlung hätte Verf. noch auf möglichst frühe Entmündigung hinweisen sollen.

Das Lehrbuch zeichnet sich durch reiche Literaturangaben und zahlreiche Abbildungen — zum grossen Theile allerdings alle Bekannte — aus. Das Sachregister ist sehr dürftig. Die Ausstattung ist gut.

Erlenmeyer.

586) S. Korssakow: Psychosis polynuritica s. Cerebropathia psychica toxämica. (Auszug aus einem in dem *Medizinskoje Obosrenie* 1889 Nro. 13 erschienenen Aufsätze.)

Verf. hat bereits zweimal*) eine besondere, mit multipler Neuritis combinirte Form psychischer Störung beschrieben und hält es für nöthig, nochmals auf dieselbe zurückzukommen, weil sie den Aerzten, trotz ihres recht häufigen Vorkommens noch zu wenig bekannt sei. Dieses liege in dem Umstande, dass sie häufiger den Therapeuten und Gynäkologen, als den Neurologen zu Gesicht komme und im Gefolge puerperaler, acuter infectiöser und einiger chronischer Erkrankungen auftrete, auch sei dieselbe selbst den Specialisten wenig bekannt, wenigstens habe Verf. in der Literatur keine Beschreibung derselben auffinden können.

Und doch trägt diese Affection zwei sehr charakteristische Züge. Sie erscheint erstens immer im Anschlusse an eine Polynuritis, welche zuweilen sehr schwach ausgesprochen sein kann, zuweilen aber mit Contracturen, Lähmungen, Schmerzen und Muskelatrophieen so stark auftritt, dass diese Zeichen die psychische Störung verdecken. Zweitens ist aber der Symptomencomplex der psychischen Störung ein sehr auffallender, namentlich die Alteration des Gedächtnisses und der Vorstellungsassociation.

Häufig tritt die Krankheit kaum bemerklich, etwa im Verlaufe eines Typhus, einer puerperalen Erkrankung auf und werden die Anfangssymptome mit der gewöhnlichen Schwäche, der Erschöpfung des Nervensystems, der Gehirnanämie verwechselt. Gewöhnlich tritt zuerst Erbrechen auf, das zuweilen recht hartnäckig sein kann, es entwickelt sich grosse Schwäche, der bis dahin eventuell gehende Kranke fängt an zu schwanken, der Gang wird unsicher, schliesslich kommt es zum Liegen, dann wird die Paraplegie der Unterextremitäten deutlich, meist haben die Extension der Oberschenkel und die Bewegungen der Füsse und der Zehen gelitten. Dazu treten heftige Schmerzen in Armen und Beinen,

*) A. Mirzejewski *Westnik psichiatrici etc.* Bd. IV Heft 2, und *Botkin's techenedeljnaja klinitscheskaja Gaseta* 1889 Nro. 5, 6, 7.

ausgesprochene Muskelatrophie, die Elektrocontractilität schwindet, es erscheinen Contracturen und zuweilen auch Oedeme, die Patellarreflexe fehlen gewöhnlich; in schweren Fällen wird die Lähmung der Beine vollständig, es können die Muskeln des Rumpfes, die Harnblase, das Zwergfell und endlich durch Ergriffenwerden des Vagus schliesslich auch das Herz gelähmt werden.

Parallel mit diesen Symptomen der multiplen Neuritis entwickeln sich die der psychischen Störung, welche Anfangs nicht augenfällig auftreten und für einfache Gereiztheit oder Abschwächung der Nerventhätigkeit gehalten und der allgemeinen Schwäche zugeschrieben werden. Die Kranken sind dann in der That sehr eigensinnig, vielverlangend oder, im Gegentheile, sehr welk und apathisch, und erscheinen als sehr erschöpfte Personen, bis Zeichen auftreten, welche zeigen, dass es sich nicht um einfache nervöse Erschöpfung handele, die Kranken werden entweder unerträglich reizbar, oder sie toben bei verwirrtem Bewusstsein oder zeigen äussersten Verfall der psychischen Sphäre und tiefe Störung des Gedächtnisses. Das Krankheitsbild ist je nach den einzelnen Fällen ein etwas verschiedenes, es walten bald die Zeichen äusserster Reizbarkeit mit Agitation bei erhaltenem Bewusstsein vor, bald ist, gegentheilig, dieses getrübt, mit Apathie oder Anfreugung verbunden, bald tritt eine eigenartige Amnesie auf.

Ist die Reizbarkeit des Kranken stark erhöht, so ist dieser sehr aufgeregt, unruhig und von unbestimmter Angst befangen, er kann sich nicht von den ihm sich aufdrängenden beunruhigenden Gedanken befreien, er erwartet irgend etwas Schreckliches — den Tod oder einen besonderen Anfall — bald weiss er selbst nicht, wovor er sich fürchtet, mag nicht allein bleiben, stöhnt und bejammert sein Schicksal. Zeitweilig erscheinen wildes Schreien, hysteriforme Paroxysmen, der Kranke wird gegen seine Umgebung ausfahrend, die Unruhe ist besonders Nachts sehr stark, Patient schläft selbst nicht und lässt auch Andere nicht schlafen, u. s. w. Dabei bleibt aber das Bewusstsein recht lange frei, häufig aber trübt es sich bereits in den ersten Tagen der Anfreugung, der Kranke kann nicht zusammenhängend reden, verwechselt Worte und Thatssachen, die Verwirrtheit nimmt von Tag zu Tag zu, Patient erzählt von sich Thatssachen, welche nie stattgehabt haben, verwechselt Alterlebtes mit frischen Vorkommnissen, erkennt seine Umgebung und seinen Aufenthaltsort nicht; dazu treten zuweilen noch Illusionen des Gesichts und des Gehörs, welche den Kranken noch mehr verwirren, dabei ist er entweder ruhig oder unruhig, in letzterem Falle steigert sich die Unruhe gegen Abend und kann sich bis zur Tobsucht vermehren, diese pflegt aber gewöhnlich nur im Beginne der Erkrankung vorhanden zu sein, im spätern Verlaufe äussert sich die Erregung in lautem oder stillem Selbstgespräche und Singen; zuweilen kann das Bewusstsein fast vollständig geschwunden sein.

Zu dieser Störung des Bewusstseins gesellt sich fast immer eine Alteration des Gedächtnisses, welche übrigens auch für sich allein bestehen kann und zwar besteht diese Amnesie darin, dass das vor Kurzem Vorgefallene vergessen wird, während die Erinnerung an vergangene

Ereignisse und Vorfälle gut erhalten ist. Gewöhnlich geht der Amnesie eine Periode der Aufregung und Bewusstseinstörung voraus, die Erregung hält einige Tage an, worauf der Kranke sich beruhigt, und das Bewusstsein klar wird, er ist in völligem Besitze seiner Verstandeskkräfte, erfasst Alles gut, sein Gedächtniss aber ist schwer geschädigt, dieses äussert sich vor Allem darin, dass er immer dieselben Fragen stellt und dieselben Erzählungen vorbringt. Für gewöhnlich merkt man im Gespräche mit ihm keine besonderen Veränderungen, er spricht wie ein Vernünftiger, witzelt, spielt Schach, Karten u. s. w. und doch bemerkt man bei längerer Unterhaltung, dass er zeitweilig die Ereignisse verwechselt, sich dessen, was um ihn herum vorgeht, gar nicht erinnert, er weiss nicht, ob er zu Mittag gespeist oder geschlafen hat, er vergisst augenblicklich das, was ihm eben gesagt worden ist, er erkennt Personen, welche er früher häufig gesehen, z. B. den ihn behandelnden Arzt, nicht und behauptet, sie zum ersten Male zu erblicken.

Dabei ist die Erinnerung an die vor der Erkrankung vorgekommenen Ereignisse merkwürdigerweise beim Kranken recht gut erhalten, vergessen ist nur dasjenige, was während und kurze Zeit vor der Krankheit vorgefallen ist. Dieses findet übrigens nur in typischen Fällen statt, manchmal ist die Erinnerung an längst vergangene Ereignisse ausgelöscht.

Alle diese Erscheinungen der Amnesie treten im Allgemeinen verschieden auf, je nach dem Grade und der Schwere der Erkrankung. In leichtern Fällen ist die Erinnerung an die jüngste Vergangenheit nicht völlig verschwunden, die Thatsachen gelangen undeutlich, nicht scharf ins Bewusstsein, zuweilen ist das Factum selbst erinnerlich, nicht aber die Zeit, in welcher es geschah, manchmal ist der Denkprocess selbst verändert, die Kranken wissen nicht, was sie so eben gesagt und wiederholen sich, andere Male ist die Erinnerung vorhanden, die Spur aber zu ihnen kann unter günstigen Bedingungen gefunden werden. In schweren Fällen der Amnesie geht dagegen das Gedächtniss für die Gegenwart und die Vergangenheit verloren, häufig entschwindet das so eben Geschehene dem Gedächtnisse, während vor 10, 20 Jahren Erlebtes wieder auftaucht, die Gegenwart wird mit der Vergangenheit vermischt und glaubt der Kranke unter Umständen, welche vor 30 Jahren stattfanden, zu leben, er hält die ihn umgebenden Personen für solche, welche damals gelebt haben und jetzt möglicherweise gestorben sind. In noch schwerern Fällen geht auch das Gedächtniss für Thatsachen, für Wörter verloren, der Kranke hat seinen eignen Namen vergessen und redet, anstatt in Worten, in abgebrochenen Lauten. Das Bewusstsein pflegt in diesen schweren Formen von Amnesie getrübt zu sein, in den schwersten aber schwindet es vollkommen.

Diese Art von Amnesie ist nicht stationär sie wird bald stärker bald schwächer, diese Schwankungen hängen zuweilen von zeitweiligen Bedingungen, von dem Grade der Aufmerksamkeit, der Krankheit u. a. ab, im Allgemeinen aber werden sie durch den Grad der Erkrankung bedingt, bessert sich diese, so wird auch das Gedächtniss klarer und

kann ganz normal werden, verschlechtert sie sich, so vertieft sich auch die Amnesie und complicirt sich mit schwerer Verwirrtheit.

Diese letztere bezieht sich in den meisten Fällen auf die Vergangenheit, der Kranke meint z. B. dass er gestern ausgefahren sei, während er schon seit 2 Monaten im Bette liegt, erzählt Sachen, die gar nicht vorgekommen und wiederholt immer ein und dasselbe, so dass hierbei eine besondere Form von Delirium vorliegt, welches auf falschen Erinnerungen (Pseudoreminiscenzen) beruht.

Ausser den Zeichen der Polyneuritis und der Amnesie bieten die Kranken noch Symptome allgemeiner Störungen des Organismus, sie sind meist stark abgemagert, leiden an hartnäckigem Erbrechen, verminderter Harnabsonderung, Myositis, unregelmässiger Herzaction, zuweilen an Hydrops, Amenorrhöe, leichter Temperatursteigerung, Neigung zu Pleuritis u. a.

Neben diesen Symptomen von Seiten der Grosshirnhemisphären werden auch solche vom Rücken- und verlängerten Marke beobachtet (Sprach- u. Schlingstörungen, Ophthalmoplegia exterior, Nystagmus, u. a.)

Der *Verlauf* der Krankheit hängt von ihrer Intensität und von den Bedingungen für ihre Entwicklung ab, wie schon gesagt, tritt sie im Verlaufe acuter und chronischer Krankheiten, bei chronischem Alkoholismus und andern Intoxicationen auf. Je nach der Grundkrankheit ist auch der Verlauf verschieden, so sind die Anfangssymptome bei Alkoholikern denen des Delirium tremens ähnlich, zu welchen sich später Lähmungen und Amnesie hinzugesellen. Bei puerperalen Erkrankungen tritt plötzlich Panphobie, grosse Erregtheit mit nachfolgender Verwirrtheit und den übrigen Symptomen auf. Bei anderen, sehr heruntergekommenen Kranken schleicht sich die Erkrankung unbemerkt ein, ohne deutlichen Anfang erscheint allmählig sich verstärkende Vergesslichkeit, Verwirrtheit bis zu ihren höchsten Graden.

Der *Ausgang* hängt gleichfalls von der Grundkrankheit ab, ist diese heilbar, so erfolgt gleichfalls Genesung, aber nach recht langer Dauer, von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren; bei unheilbaren Krankheiten (Krebs, Tuberculose) ist natürlich von einer Heilung nicht die Rede, ebenso wenig, wenn die Erkrankung sehr intensiv, der Organismus aber selbst sehr geschwächt ist.

Der Verlauf und der Ausgang der Krankheit hängen mithin grösstentheils von ihrer Aetiologie ab, welche mit der multiplen Neuritis identisch ist, und können alle Ursachen, welche eine solche hervorrufen, auch die von K. beschriebene Form von Geistesstörung produciren. Da nun die Polyneuritis sehr oft bei Säufern vorkommt, so wird auch bei ihnen die Psychosis polynenritica nicht selten beobachtet, was bereits von M. Huss geschehen ist. Keiner der Autoren aber hat den Zusammenhang der beiden Affectionen erkannt, K. hat zuerst in seinem ersten Artikel das Vorkommen dieser Psychose bei Krankheiten, in deren Aetiologie der Alkohol keine Rolle spielte, nachgewiesen und desshalb den engen Connex beider Affectionen festgestellt.

Zur Illustrirung seiner Behauptung führt Veri. 16 Fälle seiner Beobachtungen an.

H i n z e.

IV. Aus den Academien und Vereinen.

I. Greifswalder medicinischer Verein.

Sitzung vom 9. Juli 1889. (Nach der D. med. Wochenschr. 1889. Nro. 44.)

587) **Cahen**: *Ueber Hemiatrophia facialis progressiva* mit Krankenvorstellung. 16 jähr. Mädchen, welches im 9. Lebensjahre die Gesichtsröthe überstand. Dann Masern. Nach der Genesung bemerkte sie Ergrauen der Haare auf der rechten Kopfseite. Die Ungleichheit in der Gesichtsbildung wurde im 13. Jahre festgestellt. Die körperliche Untersuchung ergab eine allgemeine Entwicklungshemmung. Die rechte Gesichtshälfte ist kleiner als die linke und eingesunken. Die rechte Ohrmuschel ist kleiner als die linke. Die Haut der r. Halsseite ist bräunlich verfärbt. In dem sonst üppigen braunen Haare finden sich rechts zahlreiche graue Stellen. Sensibilität, electricische Erregbarkeit der Muskeln, Temperatur, Sinnesfunction — kurz alles übrige normal ausser einer starken Struma. In den epicritischen Bemerkungen schliesst sich Votr. den Ansichten Mendel's an, die dieser unter Zugrundelegung einer Section früher geäussert hat. Es handelt sich um eine Neuritis der trophischen Trigeminusfasern (absteig. Wurzel), die bei den nach Infectiouskrankheiten aufgetretenen Fällen wohl infectiöser Natur sein dürften.

II. IX. Jahresversammlung der ophthalmologischen Gesellschaft, Heidelberg 13.—15. September 1889.

(Nach der D. med. Wochenschr. 1889. Nro. 44.)

588) **Knies**: *Ueber Farbenstörungen bei Sehnervenatrophie.*

Votr. beobachtete 3 Fälle von Sehnervenatrophie mit Farbenstörungen. Im ersten war die Sehschärfe eine volle, und das Gesichtsfeld nach aussen und oben eingeengt. Durch Wollproben liess sich partielle Grünblindheit nachweisen. Im zweiten Falle war $S. = \frac{1}{3}$, es bestand concentr. Gesichtsfeldeinengung, Gelb wurde mit Orange verwechselt, die Spectraluntersuchung ergab jedoch normale Farbenempfindung. Bei dem dritten Falle fand sich centrale Grünblindheit, bei intensivem Lichte indessen wurde Grün wieder deutlich gesehen. Roth wurde Anfangs mit Orange verwechselt. Votr. ist der Ansicht, dass der Sitz der Farbenempfindung sich nicht in der Netzhaut, sondern in der Rinde befindet.

In der *Discussion* bemerkt Meyer (Paris), dass es sich in den vorliegenden Fällen vielleicht um eine Herabsetzung des Lichtsinnes handle, wogegen Förster (Breslau) einwendet, dass der Lichtsinn bei Sehnervenatrophie nicht verändert ist.

589) **Hess**: *Ueber den Farbensinn im indirecten Sehen.*

Die Gesichtsfelder für Roth und Grün seien beim normalen Auge nicht verschieden weit, sondern die angebliche Verschiedenheit hänge davon ab, dass Roth und Grün nicht die gleiche Valenz für Weiss

hätten. Bringe man beide Farben auf dieselbe Valenz, so sei auch die Verschiedenheit der Gesichtsfelder gehoben.

590) E. Fick: *Ueber die Erholung der Netzhaut.*

Bekanntlich ermüdet die Netzhaut leicht. Es müssen also Einrichtungen bestehen, um diese Ermüdung zu reguliren. Nach Vortr. sind das: Bewegungen der Augen, Lidschlag, Spiel der Accomodation. Hierdurch wird der innere Augendruck, wenn auch nur unbedeutend, vermehrt und so die Blutoirculation in der Netzhaut gefördert. In der *Discussion* hebt Leber hervor, dass bei der Bewegung des Augapfels ausser den vasomotorischen Verhältnissen auch dem Umstande Beachtung zu schenken sei, dass ein Ortswechsel der Retinabilder eintrete.

III. Société médico-psychologique zu Paris.

Sitzung vom 25. Februar 1889. (Annal. médico-psychologique Mai 1889.)

591) Saury: *Du Cocainisme. — Contribution à l'étude des folies toxiques.* (Ueber Cocainsucht. Beitrag zur Lehre von den toxischen Psychosen.) Die mitgetheilten 3 Fälle gehören der Morphinium-cocain-sucht an.

592) Raffegeau: *Note sur un cas de démence consécutive à l'intoxication oxycarbonée.* (Demenz nach Kohlenoxydvergiftung.)

In dem mitgetheilten Fall trat nach COVergiftung Demenz auf, und eine Sehstörung in den oberen Hälften der Netzhaut. Ophthalmoscopisch keine Netzhauterweiterungen. Papillen röther als normal. Kein Sectionsbefund bis jetzt erhoben. R. nimmt Erweichungsherde in den Hinterhauptslappen an.

593) Swoff: *Observation d'une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme.* (Beobachtung von Geistesstörung bei einer Frau in Folge von Hypnotismus.)

Wiederholte Hypnosen von Seiten eines Geistlichen bewirkten bei einer ganz leicht hysterischen Person Auftreten schwerer Erscheinungen von Paraplegie und einen lange dauernden Deliranten-Zustand.

Sitzung vom 25. März und 27. Mai 1889.

594) Maraudon de Montyel: *Des dangers du sulfonal.* (Ueber Gefahren des Sulfonals.)

M. verwirft wegen der bekannten zuweilen auftretenden unangenehmen Nebenwirkungen des S. (5 Fälle der Art werden mitgetheilt) die Anwendung grösserer Dosen (3–4 gr.) zur Erzielung von Schlaf, möchte dagegen vorschlagen behufs Verhütung unangenehmer Nebenwirkungen und mit Rücksicht auf die akkummulative Wirkung des S. kleine abendliche Dosen (1–1½ gr.) anzuwenden. Der hypnotische Effect trete dann nicht gleich in der ersten Nacht ein, sei er aber allmählig eingetreten, so brauchen wegen der Nachhaltigkeit der Wirkung des S. weitere Dosen nur noch in grössern Zwischenräumen gegeben zu werden.

Gegenüber dem Vortragenden berichtet Aug. Voisin über auffallend günstige Wirkungen des S. in Dosen von 1 gr. abendlich und theilt sieben daraufbezügliche Beobachtungsreihen mit. Unangenehme Erscheinungen machten sich kaum geltend. Zum Schluss theilt Marandon de Montyel die Resultate der letzten seinem obigen Vorschlage entsprechenden Versuche mit und kommt hier zu dem Resultat, dass bei 25 Geisteskranken (18 Verrückte, 7 Paralytiker) nur in der Hälfte eine Wirkung eintrat und die grössere Mehrzahl der günstigen Wirkungen mit Intoxikationserscheinungen verknüpft waren.

Dem schliesslich über das Sulfonal gefällten Urtheil M's, welches vollständig vernichtend ist, kann Ref. sich nach seinen zahlreichen Beobachtungen durchaus nicht anschliessen. Otto.

Wenn ich mir hier auch eine Bemerkung gestatten darf, die sich auf sehr ausgedehnte Erfahrung stützt, so rathe ich zu grosser Vorsicht; und zwar nicht nur in Bezug auf die Einzeldosis, die nie 2,0 überschreiten sollte, sondern auch in Bezug auf fortgesetzte Verabreichung rel. kleiner Dosen. Sulfonal vermag zweifellos die Psyche zu schädigen, es macht dement. Erlemeyer.

V. Therapeutische Analecten.

1. Zur *Verhütung von Herz- und Lungenlähmung bei der Chloroformnarcose* empfiehlt Vincini (Gazetta d. ospitali 1889. 48), die subcutane Inject. von Atropin. (Lösung 0,01 : 10,0. Davon bei Kinder 1, bei Erwachsenen 2 Spritzen à 1 cem.). Bei grosser Gefahr injicire man direct in die Trachea, um die Wirkung auf das linke Herz zu beschleunigen.

2. *Pilocarpin bei Hystero-Epilepsie*. Bei schweren hystero-epileptischen Zuständen dem stat. epilepticus und bei Manie empfiehlt Lyon (Journ. of nerv. and. ment. dis. 1889. XIV. 254) subcutane Injection von Pilocarpin (0,008). Willoughby sah ebenfalls von einer sub. Inj. von Pilocarpin (0,01) bei Manie rasche Besserung (Lancet 1889. 25. 5.)

3. *Neue electrotherapeutische Apparate*. (R. Blänsdorf Nachf. Frankfurt a. M.)

a) *Schlitten-Unterbrechungs-Uhrwerk nach Onimus.*

Es ist bei der allgemeinen Faradisation von Wichtigkeit je nach der Empfindlichkeit des Individuums, besonders aber in Bezug auf die wissenschaftliche Bedeutung des physiologischen Effects langsam oder rasch unterbrochener faradischer Ströme die Stromunterbrechungen genau regeln zu können. Zur Erreichung dieses Zweckes benutzt man das in Fig. 1 abgebildete Schlitten-Unterbrechungs-Uhrwerk nach Onimus welches mit jedem Inductionapparat verbunden werden kann.

Die Mechanik, welche den durch die beiden Klemmen eingeführten Strom in beliebigen Intervallen unterbricht, besteht aus einer in 10

Ringe getheilten Walze, welche mit Knöpfchen versehen, von denen auf dem ersten Ringe eines, auf jedem folgenden eines mehr, also bis zum 10. Ringe 10 Knöpfchen aufgesetzt sind. Der durch ein starkes Uhrwerk in Rotation versetzte Cylinder wird durch die Stellung der Windflügel c c in seiner Geschwindigkeit auf's Genaueste regulirt, so dass er sich ein- oder zehnmal um seine Achse drehen kann. An dem Hebel b sitzt ein Zäpfchen, welches in die Einschnitte des Rechen d greift. Die ebenfalls am Hebel b angebrachte Feder ist so gerichtet, dass die Knöpfchen auf derselben schleifen und Contact geben, und zwar so oft, als die aus dem Rechen d eingeschlagene Zahl anzeigt. Steht z. B. der Zapfen am Hebel in dem Einschnitt 2, die Flügel c c wie abgebildet, so erhalten wir 2 Unterbrechungen per Secunde etc.

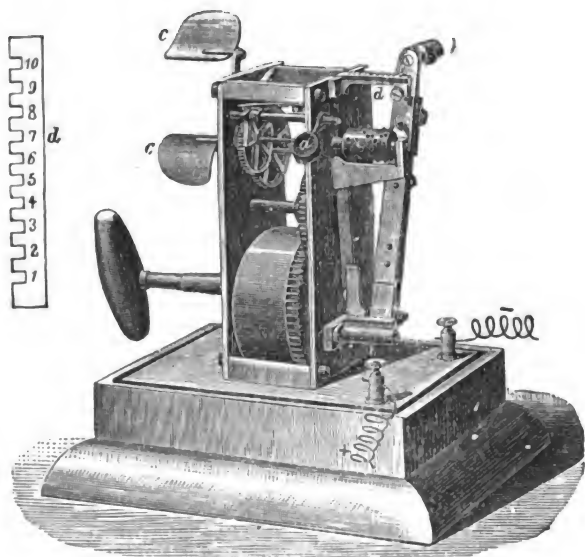


Fig. 1

Dreht man die Flügel c c um $\frac{1}{2}$ Drehung, so verzehnfacht sich die Geschwindigkeit, und es ergeben sich im vorliegenden Falle 20 Unterbrechungen pro Secunde. Das Uhrwerk läuft in circa einer halben Stunde ab.

b) Neuer Rheostatgriff zur Abschwächung galvanischer und faradischer Ströme. (Fig. 2 und 3.)

Eine Rheostatelektrode wurde schon vor mehreren Jahren angegeben; dieselbe bestand bekanntlich darin, dass durch Drehen einer, an dem Rheostatgriff ungefähr in der Gegend von a angebrachten runden cylindrischen Scala verschiedene Widerstände in den Stromkreis eingeschaltet wurden. Jedoch musste man bei dieser Electrode vor dem Gebrauche den Ring drehen, um die bestimmte Zahl von Widerständen einzuschalten, während dies bei dem vorliegenden Apparate während der Application durch Hin- und Herschieben des Knopfes d durch den freien Zeigefinger geschieht. Bei diesem neuen Apparate sind die Widerstände

einer feinen Neusilberdrahtrolle mit 14 untereinander angebrachten Metallscheibchen von i bis k (Fig. 3) verbunden, durch welche Einrichtung bis zu 5000 Ohm Widerstand in den Stromkreis gebracht werden kann.

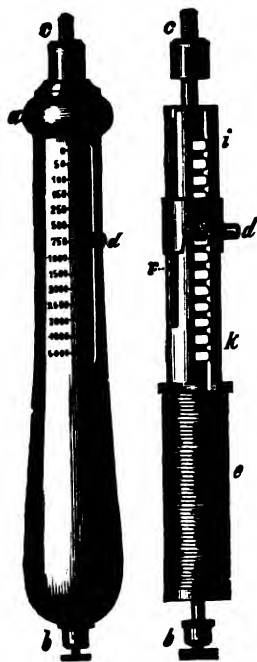


Fig. 2

Fig. 3

Einen über den Enden der Widerstandsrollen-Drähte schleifenden Ring kann man mit Leichtigkeit an dem Knopfe d auf- und abbewegen. Der Nullpunkt des Rheostaten befindet sich bei i , während der höchste Punkt sich bei k mit 5000 Ohm Widerstand befindet, d. h. bei k befindet sich das Ende der Drahtrolle, während nach oben von einzelnen Stellen der Drahtrolle Drähtchen abgehen, je nachdem an diesen der Widerstand der Rolle im Verhältniss abgezweigt ist. Eine directe Leitung geht von der Klemmschraube b nach dem Punkte i , dem Nullpunkte für den Fall, dass der ganze Strom benutzt werden und der Rheostat ausgeschaltet sein soll. Der Poldraht wird bei b angebracht. Es geht demnach der von dem Griffende nach der für die Aufsatzplatte bestimmten Schraube c gehende Strom durch den Rheostaten c hindurch, nimmt von dem Rheostaten seinen Weg nach k und von da durch die verschiedenen weiteren Drahtwindungen hindurch bis zu derjenigen Plattenstelle, an welcher der mit dem Knopf d verbundene federnde Schieber S aufsitzt. Vom Schieber S geht der Strom nach dem Metallstäbchen r , um von hier nach der Klemme e sich weiter zu begeben. Steht der Schieber S auf Null bzw. auf der Platte i , so ist nichts

von der Widerstandsrolle eingeschaltet, und der Strom geht glatt durch. Je nachdem nun der Schieber S zurückgeschoben wird, werden in der geschilderten Weise immer mehr Theile der Widerstandsrolle e in den Stromkreis hereingebracht.

c) Neuer Graphit-Rheostat.

Dieser Rheostat (Fig. 4) weicht von den seitherigen insofern ab, als die Feder direct auf dem Graphit, welcher in eine Rinne gepresst ist, schleift. Hierdurch werden selbst die minimalsten Unterbrechungen vermieden, welche bei Draht-rheostaten doch zuweilen vorkommen können.

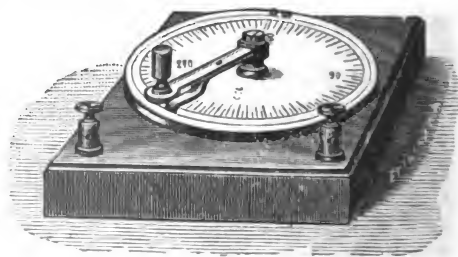


Fig. 4.

Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhstr. 23).

Monatlich 2 Nummern
jede zwei Bogen stark.
Abonnement pr. Quartal
4 M. bei Post und Buch-
handel.

CENTRALBLATT

Anzeigen 50 Pfg. per
durchgehende Zeile.
Nur durch den Verlag
von Theodor Thomas
in Leipzig.

für

Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie.

Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner des In- und Auslandes
herausgegeben von

Dr. Albrecht Erlenmeyer in Bendorf,

dirig. Ärzte der Heilanstalt für Nervenkranken daselbst.

12. Jahrg.

15. December 1889.

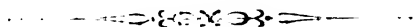
Nro. 24.

Heute erscheint das Centralblatt zum letzten Male.

Durch wachsende Berufsgeschäfte werde ich derart in Anspruch genommen, dass ich die für die Redaction nothwendige Zeit nicht mehr regelmässig zur Verfügung habe. Bemühungen, für die Redaction einen Ersatz zu werben, sind leider fehlgeschlagen. So blieb nur die Nothwendigkeit, das Blatt eingehen zu lassen.

Allen, die mich während der 12jährigen Redactionszeit unterstützt und das Centralblatt gefördert haben, sage ich meinen aufrichtigen Dank. Ich danke ganz besonders den Lesern für ihr Wohlwollen, den Mitarbeitern für ihre Beiträge, den Redactionen der vielen in- und ausländischen Zeitschriften für den Tauschverkehr.

Albrecht Erlenmeyer.



Inhalt.

I. Originalien. I. Ein neuer Fall von sensorischer Aphasie mit Worttaubheit. Von Dr. med. Albert Rosenthal in Warschau.

II. Das elektrische Zwei-Zellen-Bad. Von Docent Dr. Gärtner in Wien.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Von Dr. König in Daldorf

Beginski: Zur Kenntnis des Verlaufes der hinteren Wurzel des Acusticus und des Verhaltens der striae medullares (mit Demonstration).

III. Referate und Kritiken. Auerbach: Die Lobli optici der Teleostier und die Vierhügel der höher organisierten Gehirne. Adamkiewicz: Ueber die Nervenkörperchen des Menschen. Lannelongue: Intracranielle Dermoidcysten. Idzinski: Acute Atrophie der Schultermuskulatur nach Kopfverletzung. Gombault et Mallet: Tabes, die in der Kindheit begann. Achard et Guinon: Acute diffuse Myelitis mit Neuritis optica. Löwenfeld: Beiträge zur Lehre von der Jackson'schen Epilepsie und den klinischen Äquivalenten derselben. Bourneville: Ein Fall von idiopathischer Epilepsie; die Behandlung der Epilepsie mit Nickelbromür. Bourneville et Courbarien: Statistische Bemerkung über die Rolle der Blutsverwandtschaft in der Ätiologie der Epilepsie, Hysterie, Idiotie und Imbecillität. Guinon: Les agents provocateurs de l'hysterie. Féré et Lamy: Idiomusculäre Zuckungen bei Epileptikern. Huchard: Die hysterische Pseudo-angina pectoris. Rybalkin: Ueber die therapeutische Anwendung der Hypnose. Obersteiner: Der Hypnotismus als Erziehungsmittel. Cybulski: Der Hypnotismus vom physiologischen Standpunkt. Tourette und Lagoudakis: Verminderung und Nachlass des gewohnten Gehirns bei zwei Tabikern nach Anwendung der Suspension. Wright: Ein durch Trepanation erfolgreich behandelter Gehirnbacillus. Tuffier et Chiquet: Chirurgische Behandlung der Tabes. Chetwood: Die giftige Wirkung des Cocains. Ayers: Therapeut. Werth des Phenacetin. Peterson: Notes on Kzalgina. Newton: Eine erfolgreiche und bequeme Behandlungsart der Eclamps. puerp. Browning: Sulfonol, its dosage and effects. Mierzejewski: Ueber die Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten in Russland und die Mittel der Abhilfe. Kowalewsky: Die Behandlung der psychischen Nerven-Krankheiten. Crothers: Alcoholisches Irresein und Verbrechen. Bellat: Beitrag zur Lehre vom induzierten Irresein. Lauber: Zurechnungsfähig oder nicht? ein gerichtlicher Fall. Kratter: I. Geistesstörungen nach Kopfverletzung mit Bemerkungen über die Beurtheilung der traumatischen Psychozen.

I. Originalien.

I.

Ein neuer Fall von sensorischer Aphasie mit Worttaubheit.

Von Dr. med. ALBERT ROSENTHAL in Warschau.

In Nro. 23 dieses Centralblattes (1889) veröffentlichte ich 3 Fälle von Aphasie in Beziehung zur Paralyse der Irren und versuchte die Bedeutung dieses Ausfallsymptoms für die Erkrankungen des Gehirns festzustellen. Neuerdings hatte ich Gelegenheit wieder einen Fall dieser Art zu beobachten und ich erlaube mir denselben hier kurz vorzuführen.

Am 21. October 1889 wurde der 39 jährige Handwerker F. K. in die Irrenanstalt aufgenommen. Derselbe wurde vor 6 Jahren durch einen Stein am rechten Ellenbogen verletzt; es folgte Resection des unteren Endes des o. brachii und es blieb Ankylose des Gelenks zurück. Trotzdem beschäftigte sich Pat. wie früher, nur leidet er seit einem Jahre an Kopfschmerz. Im Juli 1889 erlitt P. einen apoplectischen

Insult, der rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie zurückliess; die Lähmung ging übrigens schnell zurück. Gleichzeitig tritt Amnesie, Geisteschwäche, psychische Unruhe auf.

P. ist ein kleiner, schwächlicher Mann von schlaffer Muskulatur, fettarm. Am Kopf keine Abnormitäten, Mydriasis rechts, r. Nasolabialfalte weniger ausgeprägt. Am r. Ellenbogen geringe Ankylose; grobe Kraft der Oberextremität vermindert, Händedruck schwach, das r. Bein wird nachgeschleppt. Patellarreflex rechts gesteigert. Sensibilität normal. Sprache erschwert, unverständlich (P. ist Böhme, war jedoch früher der polnischen Sprache mächtig). Bei spontaner Sprache fehlen viele Wörter (Substantiva) und werden durch weitläufige Bezeichnungen ersetzt. Vorgezeigte Gegenstände werden erkannt, oft jedoch durch Gesten erklärt. An ihn gestellte Fragen werden von ihm meist nicht verstanden und die Antworten fallen falsch aus. P. kann weder bis 10 zählen (er rechnete früher gut) noch die Benennungen der Tage und Monate angeben. Ueber seine Vergangenheit kann er keine nähere Auskunft ertheilen. Erscheinungen von chronischer Lungenentzündung.

Am 29. October, also 8 Tage nach der Aufnahme traten plötzlich epileptische Anfälle auf. Im Laufe von 6 Stunden war deren Zahl etwa 8. Betheilt waren Muskeln aller Extremitäten. Am nächsten Tage noch Sensorium benommen, complete Aphasie. In den folgenden Tagen ist die spontane Sprache stark reducirt, Worttaubheit evident. Rapider Kräfteverfall; am 11. November 1889 trat der Tod ein.

Sectionsbefund. Bronchopneumonia caseosa duplex. Hepar mucosum. Gastroenteritis cat. chronica. *Encephalitis gg. temporalium I et II sin.*

Schädel symmetrisch. Die Innenfläche der Dura glatt. Pia verdickt, gefässreich; deren Herabziehen vom Gehirn erfolgt sehr leicht. Hirnwindungen gracil, besonders die Stirnwindungen; Inselwindungen normal. Der l. Schläfelappen ist an Umfang bedeutend geringer als der rechte. Die l. Schläfewindung liegt tiefer als das Niveau der Hirnwindungen; erstere ist sehr schmal (um das Dreifache) und um die Hälfte kürzer als die rechte; die Windungsoberfläche ist erweicht. Die II l. Schläfewindung ist ebenfalls atrophisch und im hinteren Abschnitt (an der Grenze des g. angularis) röthlich erweicht; der Erweichungsherd ist 2 ctm. lang und 0,5 ctm. breit. Die Erweichung überschreitet nicht die Grenze der grauen Substanz. Die innere Kapsel ist intact, Hirngauglien normal, Seitenventrikel nicht erweitert. Pons und Med. oblong bieten nichts Bemerkenswerthes. Die Gefässe an der Hirnbasis normal.

Bestimmen wir die Details der Beobachtung, so sehen wir, dass bei einem sonst gesunden Manne ein apoplectischer Insult auftritt, der rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie hinterlässt. Die Lähmungserscheinungen gehen schnell zurück, ebenso vermindert sich die Aphasie. Als P. nach 3 monatlichem Kranksein in die Anstalt aufgenommen wird, da finden wir: r. Hemiparese, sensorische Aphasie (Wortamnesie, Worttaubheit). Der Zustand bleibt unverändert. Die 14 Tage vor dem

Tode eintretenden epileptischen Anfälle verschlimmern den Zustand ohne neue Symptome zu verursachen. Die Autopsie zeigt uns eine Encephalitis der I. u. II. linken Schläfewindungen wie auch rothe Erweichung des hinteren Abschnittes der letzteren. — Was den Fall im Ganzen betrifft, so ist dies eine reine Herderkrankung, die sich auf die Corticalis der 2 oberen Schläfewindungen beschränkt. Der anatomische Befund entspricht vollkommen meinen früheren Voraussetzungen über Aphasie, wie dieselben in meiner oben citirten Arbeit geschildert sind.

Der gegenwärtige Fall liess schon bei Lebzeiten keinen Zweifel in differenziell diagnostischer Hinsicht zurück und anatomisch werden auch keine für die Paralyse der Irren charakteristischen Veränderungen vorgefunden. Da der Fall im Ganzen in einem 3 monatlichen Zeitraum sich abgespielt und die anatomische Läsion eine streng begrenzte Stelle — wie sie nur das Experiment erzeugen kann — einnimmt, so hielt ich es nicht für überflüssig auch diese Beobachtung zu publiciren.

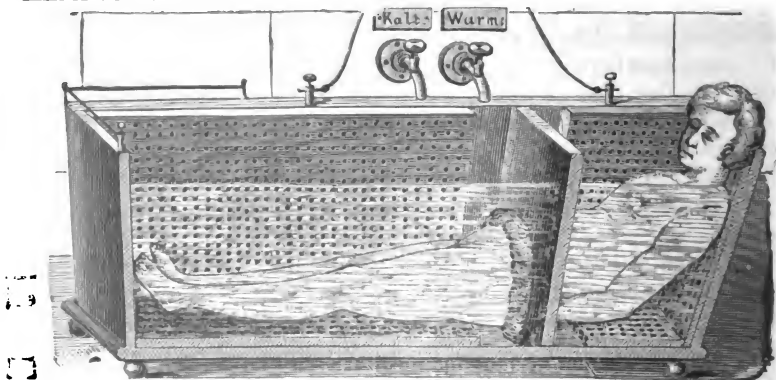
II.

Das elektrische Zwei-Zellen-Bad.

Von Docent Dr. GAERTNER in Wien.

Sehr gerne komme ich dem Wunsche der Redaction d. Bl. nach, eine Beschreibung meines Zwei-Zellen-Bades zu geben.

Das neue Bad unterscheidet sich von älteren Constructionen wesentlich durch eine Scheidewand, welche den Innenraum einer trogförmigen Badewanne in zwei Abtheilungen theilt, so zwar, dass der Körper des badenden Menschen die einzige leitende Verbindung zwischen den beiden Zellen bildet. Dieses aus Holz und Kautschuck gebildete Septum, welches einen dem Querschnitt eines menschlichen Rumpfes entsprechenden Ausschnitt besitzt, legt sich nahezu wasserdicht der Wand des Troges einer-, der Oberfläche des Körpers andererseits an. Es verhindert das directe Uebertreten von Stromschleifen durch's Badewasser. Der ganze Strom muss demgemäss durch den Badenden hin-



durchgehen. Seine Intensität kann an einem geeichten Galvanometer abgelesen werden. Man verwendet Ströme von 50—120 Milliampères.

Die Wandungen der beiden Zellen sind allenthalben mit Electrodenplatten ausgekleidet. Die Platten der einen Zelle stehen mit dem positiven, die der anderen mit dem negativen Pol in Verbindung. Die eine Hälfte der Oberfläche des menschlichen Körpers steht unter dem Einflusse der Kathode, die andere unter dem der Anode. Die Trennungslinie soll der Höhe des Nabels entsprechen wenn die Stromdichte oben und unten gleich sein soll.

Die in einer Zelle befindlichen Hautstellen werden von nahezu gleich dichten Strömen getroffen. Beim Einschleichen mit dem faradischen Strome tritt die Empfindung an *der ganzen Körperfläche gleichzeitig auf*, ein Vorzug des Zwei-Zellen-Bades der es zur Ausführung der allgemeinen Faradisation und Galvanisation geeigneter macht als alle andere bisher in Verwendung stehenden Apparate.

Das Zwei-Zellen-Bad wird von Schulmeister in Wien und Hirschmann in Berlin angefertigt.

II. Original-Vereinsberichte und Autorreferate.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Von Dr. König in Dalldorf.

Sitzung vom 11. November 1889.

595) B. Beginski (als Gast): *Zur Kenntniss des Verlaufes der hinteren Wurzel des Acusticus und des Verhaltens der striae medullares* (mit Demonstration):

V. hat auf experimentellem Wege (an Kaninchen und Katzen) versucht, den Lauf der Acusticusbahnen klarzulegen.

Er beschränkt sich bei seinen heutigen Auseinandersetzungen auf die Verhältnisse der hinteren Acusticuswurzel.

Sie hat 3 Ursprungskerne:

- a) der innere Acusticuskern (Hauptkern).
- b) der äussere Acusticuskern (Deiters'scher Kern).
- c) der vordere Acusticuskern.

Ausser diesen drei Kernen findet man noch 3 Ursprungscentren.

- a) Ein Haufen Ganglienzellen im Verlauf der Acusticuswurzel.
- b) Der Tuberculum laterale.
- c) Verbindungsfasern mit dem Kleinhirn.

Die Anschauungen über die Verbindung mit dem Grosshirn sind auch verschiedenartig; gewöhnlich findet man 3 Ansichten vertreten:

1) die Meynert'sche, dass im hinteren Längsbündel Acusticusfasern nach dem Grosshirn laufen.

2) Meynert's spätere Annahme, der sich auch Mendel anschloss, dass der Bindearm der Theil sei, durch welchen die Acusticusfasern nach dem Grosshirn gingen.

3) Die Roller'sche Ansicht, dass die untere Schleife der Weg für die Acusticusfasern nach dem Grosshirn sei.

von Monakow führte den Nachweis, dass der äussere Acusticuskern nichts zu thun habe mit dem Acusticus; auch Gudden sprach sich dagegen aus.

Bechterew wies nach, dass der vordere Acusticuskern wahrscheinlich allein mit der hinteren Acusticuswurzel im Zusammenhang stehe.

Vortragender wandte ein neues Operationsverfahren an; er verletzte das Ohrlabyrinth nicht vom äusseren Ohr, sondern vom Halse aus. Von 150 Versuchsthieren sind 6—8 am Leben geblieben. Auf Grund dieser Versuche kam B. zu folgenden Resultaten:

- 1) der vordere Acusticuskern atrophirt.
- 2) ebenso des tuberculum laterale.
- 3) findet sich eine Atrophie des Corpus trapezoides der entsprechenden Seite.
- 4) eine schwache Atrophie in der oberen Olive.
- 5) eine Atrophie in der unteren Schleife der entgegengesetzten Seite, welche bis in den hinteren Vierhügel zu verfolgen war.

B. spricht sich zum Schluss dahin aus: Die Leitungsbahn der hinteren Wurzel geht nach dem tuberculum l., dem vorderen Kerne, von dort nach dem Corpus trapezoides, von hier durch die untere Schleife nach dem hinteren Vierhügel.

Die obere Olive stehe möglicherweise in Verbindung mit dem Facialis.

Discussum: Moeli fragt, ob irgend etwas im Kleinhirn bei diesen Untersuchungen gefunden worden sei.

B. erwidert, dass keine Veränderungen nachzuweisen waren.

III. Referate und Kritiken.

596) Auerbach (Frankfurt a. M.): Die Lobi optici der Teleostier und die Vierhügel der höher organisirten Gehirne.

(Morpholog. Jahrbücher XIV.)

A. hat in dem Institut und mit den Methoden Weigert's die vielumstrittenen Lobi optici der Knochenfische an Forellen studirt, mit dem Resultat, dass diese Organe bei Knochen-Fischen Centralstätte des Gesichtssinns sind und alle motorischen Bahnen des Rückenmarks und Med. oblongata in sich aufnehmen, somit entsprechenden Reflexen dienen, wie sie auch sensorische Rückenmarksgebiete mit dem in ihnen entspringenden Oculomotorius verknüpfen. Auffallend ist besonders die enge Beziehung des Oculomotoriuskerns der Forelle zum hinteren Längsbündel, die Kreuzung der Ursprungsfasern des medianen Oculomotoriuskerns, was ganz den Verhältnissen bei Sängern entspricht.

Kurella.

597) **Adamkiewicz** (Krakau): O ciałkach nerwowych człowieka. (Ueber die Nervenkörperchen des Menschen.)

(Przegląd lekarski. 1888. Nro. 25—28.)

Alle motorischen Nerven des *erwachsenen* Menschen enthalten nach A. eigenthümliche, zellige, durch ihre Prädisposition für Saffranin (nach Chromsalzhärtung) ausgezeichnete Elemente, die sich nur in gröberen Fasern (über 10 μ) finden, und unter der Schwann'schen Scheide liegen. Sie finden sich auch, wenn auch seltener, und dann von geringerer Grösse, in den gemischten Hirnnerven; bei Thieren haben A. und seine Assistenten sie noch nie gefunden, und da sie auch bei Kindern nicht vorkommen, ist A. zu der Annahme geneigt, sie ständen in Beziehung „zur nützlichsten Function des Menschen, dem Willen.“

Kurella.

598) **Lannelongue** (Paris): Sur les kystes dermoides intracraniens, au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques. (Intercranielle Dermoidcysten.)

(Archives de physiologie normale et pathologique. Juli 1889.)

Alle Dermoidcysten sind Gebilde der äusseren Haut, gehen von dieser aus, so auch die intracraniellen Dermoidcysten. Zur Zeit wo der Primordialschädel noch ausschliesslich membranös ist, stülpt sich ein Theil des Ectoderm ein und entwickelt sich, wenn der knöcherne Schädel sich bildet, später zur intracraniellen Dermoidcyste. Dieselben können sowohl innerhalb der Dura mater, wie zwischen dieser und dem Knochen liegen. Ohne irgend eine Ausnahme nehmen diese Geschwülste die Gegend des Kleinhirns, die Kleinhirngruben und genauer bezeichnet die Nachbarschaft des Confluens sinuum ein, liegen also in dem Winkel zwischen tentorium cerebelli und der Dura mater der Kleinhirngruben. 2 Fälle von extraduraler Lage der Dermoidcysten, übrigens in der gleichen Gegend, werden berichtet, während die Zahl der in der Literatur erwähnten Fälle von intraduralen Geschwülsten 6 beträgt. Immer hängen dieselben direkt mit der Dura mater zusammen; mit den Nervencentren dagegen stehen sie nur in Contiguitätsbeziehungen. Zunächst wird natürlich das Kleinhirn comprimirt und da der Sitz der Geschwülste in der Regel ein medianer ist, so entwickeln sich dieselben in den Zwischenraum der beiden Kleinhirnhemisphaeren hinein. Später können natürlich alle weiteren benachbarten Gehirntheile comprimirt werden. Durch Compression des Sinus kann Hydrocephalie entstehen; in einem Falle wurde Gehirn- und Kleinhirnoedem mit nachfolgender Erweichung beobachtet.

In 3 von 6 Fällen fand man eine Schädelperforation, die aber nicht durch Usur entstanden war, wie der gewundene Verlauf zeigt, sondern als Rest des embryonalen Spaltes wodurch die Haut sich einstülpte aufzufassen ist. Bewiesen wird diese Auffassung durch den Befund in dem Falle von Widal und Verf., wo die Geschwulst durch einen Stiel mit der äusseren Haut zusammenhing.

Die anatomische Structur der Cysten ist die gewöhnliche.

Unter Umständen entzündet sich die Cyste und es kommt zur Eiterung.

Was die *Symptomatologie* angeht, so ist dieselbe bisher leider etwas vernachlässigt worden, da die Fälle meist nur als pathologisch-anatomische Curiositäten veröffentlicht werden. Trotzdem die Affection eine wesentlich congenitale ist, so zeigen sich Symptome doch erst weit später, nie vor dem 2. Jahre; in einem Falle wurden bei einer Frau erst im Alter von 21 Jahren wesentliche Hirnsymptome beobachtet. Manchmal sind die Initialsymptome zu einer localen Diagnose zu verwerthen, so ein anfallsweise auftretender heftiger Hinterkopfschmerz, der von Convulsionen begleitet wird; oder ein erst im 3. Jahre anscheinend ohne Grund auftretender Hydrocephalus, weist auf eine Compression der Venengefäße der hinteren Schädelgrube, zumal wenn auch ein dort localisirter Kopfschmerz vorhanden ist. Nie fehlen im weiteren Verlaufe Convulsionen, die mit Kopfschmerzen, Uebelkeit und Erbrechen einhergehen. Die Convulsionen betreffen in der Regel alle 4 Extremitäten; die Anfälle wiederholen sich während einer Reihe von Tagen, um dann für eine geraume Zeit (einige Wochen bis zu 3—4 Jahren) zu verschwinden. Langsam tritt später eine Lähmung der Extremitäten ein; zuerst zeigen die Beine eine gewisse Schwäche, der Gang ist der von Trunkenen, später bildet sich völlige Lähmung aus. Ebenso können ganz allmählig die oberen Extremitäten sowie Blase, Rectum, Pharynx, Oesophagus- und Zungenmuskulatur gelähmt werden.

Die Sensibilität bleibt normal; eine einmal beobachtete Erblindung scheint auf complicirenden Hydrocephalus zu schieben zu sein. Die Temperatur ist mitunter bis über 40° erhöht, sinkt aber unter Umständen auch während 7—8 Tagen unter die Norm. Der Tod erfolgt entweder im Coma nach heftigen Krampfanfällen, oder infolge einer Suppuration der Cyste oder infolge von Complicationen. Die Dauer der durch Symptome gekennzeichneten Krankheitsperiode beträgt 5, 6 Monate bis 11 Jahre.

Differentialdiagnostisch kommen wesentlich in Betracht Gummata, Tuberkel und allenfalls parasitäre Cysten (Hydatiden, Cysticerken.) Die Gummata sitzen in der Regel an der Basis oder im Vorderhirn, rufen Lähmungen einzelner Nerven hervor, schwächen die Intelligenz, die bei Dermoidcysten stets intakt bleibt. Bei syphilitischen Exostosen pflegt der nächtliche Kopfschmerz nicht zu fehlen. Die Therapie heilt oder bessert wenigstens die Symptome. Bei den Gehirntuberkeln findet man tuberculöse Disposition, epileptiforme Convulsionen mit partiellen Lähmungen, sehr wechselnder aber doch rascheren Verlauf, vielfach zuerst Hyperaesthesia, schnellen Puls, später Benommenheit, verlangsamten Puls, bis durch Vaguslähmung der Tod eintritt. Ueber die *Pathogenese* der Krankheit wurde schon oben das Wesentliche angegeben. Die ausnahmslose Lokalisation der Cysten in der Kleinhirngegend sucht Verf. dadurch zu erklären, dass er annimmt, es bilde sich beim Embryo zwischen der ersten und zweiten oder der zweiten und dritten Hirnblase eine Hautfalte, die sich unter Umständen abschliessen könne

und durch das spätere Herüberwachsen des Hinterhirns über das Mittelhirn in den Bereich des ersteren komme.

Hat man eine intrakranielle Dermoidcyste diagnosticirt, was wenn auch schwierig, so doch nicht unmöglich erscheint, so bleibt nur eine Therapie, Trepanation und Excision der Cyste, die jedenfalls in einzelnen Fällen von glänzendem Erfolge gekrönt sein würde.

Strauscheid.

599) **Idzinski** (Krakau): Ostry zanik miesnie barku po urazie w glowie. (Acute Atrophie der Schultermuskulatur nach Kopfverletzung.)

(Przeglad lekarski. 27 Nro. 28.)

Ein Fall von progressiver Atrophie der linken Schultermuskulatur, die 14 Tage nach einer leichten, den Knochen intact lassenden lineären Hiebwunde über dem rechten Scheitelbein, nahe der Sagittalnaht, anfängt, sechs Wochen nach der Verwundung ärztlich constatirt wird; die Mittheilung erwähnt ausser der Parase in den Bewegungen der Schulter und die Atrophie der musc. infra- und supraspinatus, und das Freiliegen des Acromion, woraus wohl auf Atrophie des m. cucularis und des m. deltoides geschlossen werden kann. Elektrische Prüfung wird nicht durchgeführt. Die Sensibilität, wie überhaupt das Nervensystem waren vollkommen intact.

J. nimmt an, dass bei der Lage der Schädelverletzung die Rindencentren der Schulterbewegung irgendwie laedirt und dann Sitz der Ursache der Muskelatrophie geworden wären, gibt aber zu, dass sein Fall ein „weisser Rabe“ wäre.

Kurella.

600) **A. Gombault et Mallet** (Paris): Un cas de tabes ayant débuté dans l'enfance. — Autopsie. (Tabes, die in der Kindheit begann.)

(Archives de médecine expérimentale et d'anat. patholog. 3. 1889.)

Es handelt sich hier um einen ganz eigenthümlichen Fall, der durchaus nicht wie die Ueberschrift zu glauben verleiten könnte ohne weiteres als Tabes dorsalis aufgefasst werden kann. Folgendes ist kurz die Krankengeschichte: Pat. stammt von einer Mutter, die im Irrenhause starb. Mit 7 Jahren, als er zur Schule gehen sollte, konnte er nur schlecht gehen, musste auf seine Füsse Acht haben: bei der Hand genommen schleuderte er die Schenkel stark nach vorn. Pat. war also damals offenbar schon längere Zeit krank. Er hatte Doppelsehen, konnte nicht schreiben. Mit 10 Jahren wurde er in's Hospital aufgenommen; er ging damals mit Krücken: Romberg'sches Phänomen war stark ausgesprochen. Die Beine wurden immer schwerer, mit 48 Jahren musste Pat. sich zu Bette legen, aus dem er nicht mehr aufstand. Seit dem 51. Lebensjahre kann er seine Beine überhaupt nicht mehr bewegen; dieselben sind ganz schlaff, folgen nur der Schwere; der Kranke hat keine Ahnung von ihrer Lage und Stellung. Im Laufe der Zeit wurden auch die Arme gelähmt wenn auch nicht völlig; er konnte noch etwas damit essen und konnte noch spielen. Nur selten hatte Pat. Harnträufeln, meist wirkten die Sphincteren gut. Manchmal hatte Pat. Schmerzen in den Gliedern. Im Alter von 58 Jahren wird

er von den Verff. untersucht. Pat. ist wohl entwickelt für sein Alter. Die Beine sind vollkommen schlaff, gelähmt und absolut gefühllos. Die Muskeln sind atrophisch. Die Sensibilität kehrt oberhalb der Hüfte wieder. Die Kniephänomene fehlen. Die oberen Extremitäten sind paretisch, die Hände sind ganz gelähmt; die Finger können nicht mehr die geringste Bewegung ausführen. Die Handmuskulatur ist stark atrophisch, es ist eine Art Affenhand. Der Vorderarm ist gleichmässig atrophisch, der Oberarm nur undentlich. Auch hier ist die Sensibilität stark herabgesetzt, schwindet langsam nach der Schulter hin. Bei offenem Auge kann Pat. noch leidlich geordnete Bewegungen mit den Armen ausführen, gar nicht dagegen bei geschlossenem; dann weiss er nicht, wo seine Hände sind. Die Bauchdecken und der untere Theil der Brust sind fast gefühllos. Keine Sphinkterenlähmung. Am Kopf keine Störungen. Pat. liest mit einem Auge gut (das andere nach Panophthalmitis verloren). Pat. leidet seit kurzem an Paranoia. Er stirbt im Alter von 58½ Jahren an den Folgen von Decubitus.

Bei der *Autopsie* findet man: Gehirn normal. Die weiche Rückenmarkshaut ist verdickt und zeigt Kalkplatten. Die hintern Wurzeln der Lumbaranschwellung sind verdickt, durchscheinend gelatinös; die vorderen Wurzeln der Cervical- wie der Lumbaranschwellung sind sehr stark verdickt. Im Rückenmarke sind sowohl die Hinterstränge wie die graue Substanz verändert; erstere zeigen im Cervicaltheile eine leichte Sclerose der Goll'schen Stränge und der Wurzeleintrittszone, im Lumbaltheile eine Sclerose des inneren Theiles der hinteren Wurzelzonen. Diese Sclerose ist also weder so ausgedehnt noch so intensiv wie bei einer alten Tabes zu erwarten wäre. Die graue Substanz ist zumal im Lendentheile stark geschrumpft und zwar sowohl im Bereiche der Vorder- als der Hinterhörner; die Ganglienzellen sind atrophisch, das Bindegewebe nicht verstärkt; nur die Gefässwandungen sind verdickt. Die peripheren Nerven erscheinen wie die Rückenmarkswurzeln verdickt; sie haben die weisse Farbe verloren, sind von zahlreichen Gefässverzweigungen durchlaufen. Histologisch findet man ein fast völliges Fehlen der Markscheiden; keine Faser hat auf ihrem ganzen Verlaufe eine Markscheide, sondern höchstens in einem kleinen Theil desselben und das ist nur selten der Fall. An Stelle des Marks ist eine hyaline Masse getreten. Die Achsencylinder sind vielfach als durchans normal zu erkennen. Um eine Reihe von Nervenfasern herum ist das Bindegewebe stark verdickt, so dass die Nervenfasern vergrössert erscheinen. Sonst ist das Bindegewebe in den einzelnen Nerven sehr verschieden entwickelt.

Betrachtet man den Fall im Ganzen, so ist es recht schwer zu einem definitiven Resultate zu kommen. Vert. schliessen mit Recht Friedreich'sche Erkrankung, Syringomyelien und Gliom aus, wofür weder klinisch noch pathologisch-anatomisch etwas spricht. Ebenso möchte aber Ref. auch Tabes dorsalis ausgeschlossen wissen, da der pathologisch-anatomische Befund zumal in den Hintersträngen keineswegs dafür spricht. Der Fall bleibt also unklar. Strausheid.

601) Ch. Achard et L. Guinon (Paris): Sur un cas de myélite aiguë diffuse avec double névrite optique. (Acute diffuse Myelitis mit Neuritis optica.) (Archives de médecine expérim. Nro. 5. Sept. 1889.)

Ein 30 jähriger bis dahin gesunder Mensch, der aber früher Alcohol-Excesse begangen hatte, erkrankte ziemlich plötzlich mit Augenschmerzen; der hinzugezogene Arzt constatirt beiderseitige Neuritis optica; innerhalb 8 Tage ist Pat. fast völlig blind. Am 12. Juni 1887, 16 Tage nach Beginn der Erkrankung, zeigt sich eine deutliche Schwäche der unteren Extremitäten; der Kranke kann nur noch gehen, wenn er gestützt wird. Patellarreflexe sind beiderseits beträchtlich verstärkt. Die linke Hand ist etwas schwach. Sensibilität normal. Blasen- und Mastdarm lähmung. Innerhalb 8 Tage ist die Lähmung der Beine eine vollkommene, der linke Arm ist auch hochgradig paretisch. Zugleich tritt in den Beinen zunehmende Störung der Sensibilität ein. Ende Juni sind alle 4 Extremitäten gelähmt, die Respiration ist stark erschwert, die Beine absolut anaesthetisch, der Rumpf hyperaesthetisch, Schmerz im Nacken, Constrictionsgefühl an der Kehle. Incontinentia urinae et alvi. Patellarreflexe nicht mehr vorhanden. Die Anaesthesia nimmt noch weiter zu, geht bis zum Rippenrande, während die Arme hyperaesthetisch werden und geringe Tast- und Temperaturanaesthesia zeigen. Vom 19. Juli ab leichte Besserung der Lähmung, der Anaesthesia, Aufhören der Incontinentia urinae, dagegen Eintreten von Schlingbeschwerden. Anfangs August ist die Sensibilität des Rumpfes und der Arme wieder normal; zugleich sieht der Kranke wieder etwas; er kann wenigstens Gegenstände unterscheiden; die Kniephänomene sind wieder vorhanden, ja gesteigert, Contractur im Biceps, trépidation épileptoïde. Im October ist in den Armen auch die motorische Kraft wiedergekehrt. Aber schon im Juli hatten sich ausgedehnte Decubitusflächen entwickelt, zugleich zeigte sich eine Phthisis florida, der Pat. am 10. November erlag.

Bei der Autopsie findet man ausser der Lungentuberkulose etc. im Central-Nervensystem folgendes: In den Nervi optici sind die markhaltigen Nervenfasern fast ganz verschwunden. Massenhaft, zumal in der Nähe der Gefässe sind Körnchenzellen vorhanden. In dem Gehirn ist keine Herderkrankung zu finden. In der Rückenmarke findet man zunächst an zwei Stellen diffuse Erkrankungen. Im Niveau des Ursprunges des 4. Cervicalnervenpaares sind die ganzen Hinterstränge, die linken Seiten- und Vorderstränge schwer erkrankt; in den rechten Seitensträngen nur ganz beschränkte Sclerose, in den rechten Vordersträngen Sklerose des Türk'schen Stranges. Die graue Substanz ist intakt. Charakteristisch für die Veränderung der weissen Substanz ist das Fehlen der Markscheiden der Nervenfasern und das enorm zahlreiche Vorkommen von Körnchenzellen, zumal in der Nachbarschaft der Gefässe. In der Gegend des dritten Brustnervenpaares sind beide Seitenstränge, vorzugsweise allerdings der rechte, sowie der grösste Theil der Hinterstränge erkrankt. Beide Herde, die sich natürlich noch eine Strecke nach oben und unten direkt fortsetzen, haben zu sekundären auf- und absteigenden Degenerationen geführt. Auch in dem

unteren Herde sind die Körnchenzellen sehr zahlreich vertreten. Die peripheren Nerven zeigen keine irgendwie beträchtlichen Störungen. Es handelt sich also um eine transversale Myelitis, die sich, wie der Krankheitsverlauf lehrt, offenbar von unten nach oben entwickelt hat. Ihr voraus ging eine acute Erblindung infolge einer doppelseitigen Sehnervenentzündung. Es sind also drei Krankheitsherde nach einander entstanden, einer im Opticus, der zweite im Dorsalmarke, der dritte im Cervicalmarke. Die Natur der Erkrankung bleibt fraglich; für eine Infectiouskrankheit fehlt der Nachweis der Infectionsträger, der Mikroorganismen, deren Verf. ebensowenig fanden, wie Küssner und Brosin in einem ähnlichen Falle.

Pathologisch-anatomisch betonen die Verf. das enorm zahlreiche Vorhandensein der Körnchenzellen, die sie nicht alle als Leukocysten auffassen möchten, sondern zum Theile als veränderte Bindegewebszellen ansehen.

Strauscheid.

602) L. Löwenfeld (München): Beiträge zur Lehre von der Jackson'schen Epilepsie und den klinischen Aequivalenten derselben.

(Sep.-Abdr. aus dem Archiv für Psychiatrie Bd. XXI. Heft 1 u. 2. 1889.)

Der bisher geltende Standpunkt, die sog. Jackson'sche Epilepsie (Rindenepilepsie, partielle Epilepsie) als eine organische Erkrankung der Hirnrinde, und vorwiegend der motorischen Region aufzufassen, wird vom Verf. auf Grund einer Anzahl „unantastbarer Beobachtungen“ verlassen. So werthvoll die in vorliegender Schrift niedergelegten literarischen und eigenen Beobachtungen auch sind, ich muss gestehen, dass für die Auffassung der Rindenepilepsie diese Abweichung sehr zu bedauern ist; und nun gar erst für die Therapie! Es war bisher unser Stolz, durch das physiologische Experiment und die dadurch befestigten klinischen Erscheinungen der Chirurgie die Wege geebnet zu haben, zur erfolgreichen Bekämpfung dieser Rindenläsion. Und sollte es sich bewahrheiten, dass ganz den Charakter der Rindenepilepsie wahrende Erscheinungen auch ohne organische Hirnläsion auftreten, so würde ich lieber vorschlagen, die letzteren mit einem anderen Namen zu benennen, falls sie sich diagnostisch differenziren lassen, als dass ich den nach so vieler Mühe erreichten Standpunkt aufgäbe. Ich würde als obersten Grundsatz instellen: Die Jackson'sche Epilepsie darf niemals auf eine *functionelle* Störung engbegrenzter Hirnbezirke zurückgeführt werden; der Herd muss unter allen Umständen ein organischer, ein histologisch greifbarer sein. (Erlenmeyer: Principien der Epilepsiebehandlung pag. 10.) „Man unterscheidet“, sagt Verf., „die Jackson'sche Epilepsie von der gemeinen, als eine Krampfform, die Symptom einer Rindenläsion ist und eine grosse Anzahl von Beobachtungen scheinen dieser Auffassung ausreichende Stütze zu gewähren. Die Folge zeigte jedoch, dass es sich hier um eine nicht aufrecht zu erhaltende *Verallgemeinerung* handelte. Zunächst ergaben weitere Erfahrungen, dass nicht bloß umschriebene Läsionen der Rinde und deren nächster Markunterlage, sondern auch diffuse Oberflächenerkrankungen und Herde, welche ganz entfernt von

der Grosshirnoberfläche im Hemisphärenmark etc. ihren Sitz haben, localisirte Convulsionen herbeiführen können.“ Ich denke es ist eher eine Verengerung, als eine Verallgemeinerung nur die motorischen Centren als Sitz der Rindenepilepsie anzuschuldigen; und machen denn vereinzelte localisirte Convulsionen *allein* schon die Jackson'sche Epilepsie aus? Es ist in dieser Hinsicht das Bestreben Unverricht's, wie v. Bergmann sagt, beachtenswerth, „welcher den Versuch macht, auch für die von den occipitalen Rindengebieten erregte Epilepsie eine bestimmte klinische Erscheinungsform aufzustellen, um aus dem Bilde derselben die Diagnose der afficirten Stelle zu ermöglichen.“ Das wäre dann aber auch keine reine Jackson'sche Epilepsie mehr zu nennen; für diese müssten wir neben den organischen Affectionen die motorischen Centren der Centralwindungen nach wie vor *allein* in Anspruch nehmen. Verf. fährt dann weiter fort: „So lange der Glaube gerechtfertigt schien, dass partielle Epilepsie lediglich Folge von Gehirnläsionen sei, war es begreiflich, dass man sich bei Gegenwart dieses Symptoms in erster Linie die Frage vorlegte, wo sitzt die Läsion? Hentzutage müssen wir uns diesem Symptom gegenüber zunächst mit der Frage beschäftigen: Ist überhaupt eine organische Läsion vorhanden? Dann kann erst eventuell die Frage nach dem Sitze und der Art derselben in Erwägung gezogen werden.“ So sehr ich nun zu der Annahme geneigt bin, dass der gewissenhafte Beobachter sich auch früher zuerst die Frage vorgelegt hat, ob überhaupt eine Läsion vorhanden ist, so erkenne ich doch gerne an, dass, wenn in Wirklichkeit auch durch andere Ursachen genau das Bild der in Rede stehenden Epilepsie wiedergegeben wird, durch diese Erkenntniss hinsichtlich der diagnostischen Bedeutung ein bedeutsamer Umschwung unserer Anschauungen gegeben ist — es ist eben dann dem diagnostischen Scharfblick, dem eingehenden Studium aller vorliegenden anamnesticen, pathologischen etc. Umstände eine schwerere Aufgabe erwachsen.

Nach einer Schilderung der Krämpfe, die wir als bekannt voraussetzen, zählt Verf. eine Reihe von Krankheitszuständen auf, bei denen sie das Initialsymptom bilden können.

1) bei Gehirngeschwülsten, bei Gehirnläsionen in Folge von Schädeltraumen, Gehirnsyphilis. Seltener bei Gehirnabscessen nicht traumatischen Ursprungs, bei Hirnnerweichung und Gehirnblutung.

2) bei parenchymatöser Encephalitis (Fall von Danillo).

3) bei Dementia paralytica (Fälle von Mendel),

4) bei multipler Sclerose, (Beobachtung I. des Verf.'s),

5) bei *Urämie* (Fälle von Chantemesse und Tenesson und Chauffard). Die Experimente von Landois, in diesem Centralblatt 1887, Nro. 8. pag. 231 wiedergegeben, finden keine Erwähnung. Ref.

6) bei peripherer Nervenläsion. Weder die von Gowers angeführten, noch der vom Verf. (ohne Sectionsbefund) wiedergegebene Fall sind beweisend. Bei beiden handelte es sich um Gehirnaffectionen, die genügenden Grund für die Gehirnreizung boten. Auch vermag

Ref. nicht einzusehen, wie die Fälle von Reflexepilepsie bei Einspritzungen in die Pleurahöhle hierher gehören.

7) bei Hysterie. Die citirten Autoren Ballet und Crespin (*la fausse épilepsie partielle*) geben selbst Merkmale an, um diese *falsche* Jackson'sche Epilepsie von der echten zu differenciren und Verf. bemerkt mit Recht, dass organische Hirnerkrankungen (Tumoren, Syphilis) auch bei Hysterischen vorkommen und die partielle Epilepsie verursachen können.

8) Endlich wird eine Anzahl in der Literatur zerstreuter Fälle von Jackson'scher Epilepsie in Betracht gezogen, deren Pathogenese dunkel ist. (Fall von Landouzy und Siredey mit negativem Hirnbefund; eine ganze Anzahl Fälle ohne Sectionsbefund sind wohl auf Tumoren zurückzuführen, bei anderen lag genuine Epilepsie mit partiellen Convulsionen vor.)

Dass die gewöhnliche Epilepsie zu Anfällen localisirter Convulsionen führen kann, wobei das Bewusstsein erhalten bleibt, dafür führt Verf. Beobachtung II und III an. Da die Fälle nicht zur Section kamen, so ist nicht ersichtlich, worauf die vereinzelt auftretenden Zuckungen zurückzuführen waren.

Beobachtung IV und V sind Fälle von wahrscheinlicher Rindenreizung durch Tumoren, welche die Section aufdeckte. Die sehr interessante Beobachtung VI betrifft eine Patientin, die im Status epilepticus zu Grunde ging, bei der aber dennoch mehr als eine sogenannte epileptische Veränderung vorlag. Eine Section wurde nicht gestattet. Der Verlauf der Erkrankung ist vereinbar mit der Annahme eines Tumors, der seinen Sitz ursprünglich in dem an das untere Gebiet des Gyr. centr. ant. angrenzenden Theile der Stirnwindungen hatte, später sich auf die benachbarten Theile ausbreitete. Beobachtung VII und VIII sind Fälle syphilitischer partieller Epilepsie ohne Sectionsbefund. —

Eine epicritische Besprechung dieser Fälle führt den Verf. zunächst zur Bestätigung der von Jackson und Anderen vertretenen Anschauung, dass die Reihenfolge der Krämpfe durch die räumliche Nebeneinanderlagerung der motorischen Rindencentren bedingt ist. Daneben werden Abweichungen von der Regel constatirt. Der Krampf kann von einer Gesichtshälfte auf den Arm der gleichen Seite und vom Arm auf das Gesicht übergehen. Im letzteren Falle muss jedoch vor dem Ueberspringen auf das Gesicht nicht die gesamte Armmuskulatur ergriffen werden. Beachtenswerth ist ferner, dass aus den Beobachtungen des Verf.'s erhellt, dass Lähmungserscheinungen auch vor dem Einsetzen der Convulsionen — als Aura — und während des Ablaufes derselben sich einstellen können. Eine constante Beziehung zu den Krämpfen weisen weder diese noch die postparoxysmellen Lähmungen auf. Eine Erklärung der Lähmungen vor und nach dem Anfall findet Verf. in der Annahme eines Hemmungsvorganges, der in den betreffenden motor. Rindengebieten sich abspielt oder von der Hirnrinde aus in subcorticalen Centren herbeigeführt wird. Auch Sprachstörungen können nach des Verf.'s Beobachtung den Convulsio-

nen vorhergehen und auch sie werden auf vorübergehende Hemmungszustände zurückgeführt. Sensibilitätsstörungen leiten häufig als Aura den Anfall ein, können aber auch nach dem Einsetzen der Convulsionen persistiren und den Anfall überdauern. Die Anfälle können aber auch ebenso wie motorische Paralysen Gefühls lähmungen hinterlassen. Im Allgemeinen unterstützen die Beobachtungen die z. Z. herrschende Anschauung, dass die Rindenfelder der cutanen Empfindung mit jenen der Bewegung für die betreffenden Körperabschnitte in der Hauptsache sich decken. Die bei einer Patientin aufgetretene enorme Speichelsecretion gibt dem Verf. Veranlassung an die Experimente von Bocheffontaine, Bechterew und Mislawsky, Grützner und Kütz zu erinnern.

Beobachtung IX betrifft einen Fall cerebraler Kinderlähmung. Die 34 jährige Patientin zeigte grössere und kleinere Anfälle, denen gewöhnlich eine Aura — eine epigastrische Sensation — vorausging. Die Aurasymptome traten auch isolirt auf und veranlassen den Verf. sie als *Aequivalente* der Jackson'schen Epilepsie hinzustellen. Obgleich Jackson, Ferrier und Gowers betonten, dass abwechselnd mit den motorischen Anfällen sensorielle Erscheinungen auftreten und als Analoga derselben zu betrachten seien, konnte sich die sensorische Jackson'sche Epilepsie bis in die jüngste Zeit das Bürgerrecht in der Medicin nicht erwerben. Charcot jedoch und Pitres machen auf die Epilepsie partielle sensitive aufmerksam. Verf. unternimmt eine Schilderung derselben unter Berücksichtigung der eigenen, wie der fremden (Charcot, Pitres, Mendel und A.) Fälle. Wenn wir nun auch gegen die Aufstellung der Bezeichnung „sensibele Aequivalente“ unser Bedenken hegen, so können wir uns doch vorstellen, dass bei der nahen Beziehung der sensibeln zu den motorischen Feldern der Hirnrinde, die auch Verf. wie oben angedeutet, annimmt, beide Felder gemeinsam oder auch abwechselnd dem Reiz angesetzt sind. Energisch Front machen jedoch müssen wir wiederum gegen die Annahme des Verf.'s, dass das Auftreten sensibeler Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie, wie das der Jackson'schen Krämpfe nicht an das Vorhandensein anatomischer Gehirnveränderungen gebunden ist. Mit diesem Ausspruche verlässt Verf. den bis jetzt herrschenden Standpunkt, den er hinsichtlich der motorischen Erscheinungen dennoch in seinen Beobachtungen streng gewahrt hat. Ueberall ist dort eine palpabele Hirnläsion durch die Section nachgewiesen oder, wo es nicht dazu kam, doch vermuthet. Seine kurzen Beschreibungen von einigen Neurasthenikern, die vorübergehend ein Gefühl von Prickeln oder Taubsein am Hinterkopf, oder auch Arm und Bein hatten, das die Empfindung des Gelähmtseins zurückliess, haben uns keineswegs überzeugt, dass nervöse Erschöpfungszustände einen günstigen Boden für die Entstehung der „sensibelen Jackson'schen Epilepsie“ abgeben. Um eine herrschende Lehre zu durchbrechen, dazu bedarf es meiner Ansicht nach stärkerer Beweise! Wozu eine derartige Auffassung führt, zeigt unter Anderem die Erwägung, dass auch abortive Augenmigräneanfälle (Flimmerscotom) dem Gebiete der sensorischen Jackson'schen Epilepsie zugewiesen

werden! Diagnostisch erwachsen uns bei Annahme einer functionellen Störung als Ursache der Jackson'schen Epilepsie, die allergrössten, gewiss auch allerbedenklichsten Schwierigkeiten, über die uns die differenzialdiagnostischen Bemerkungen des Verf.'s nicht hinwegzusetzen vermögen und deshalb möchte ich vorschlagen, vorläufig noch bei dem alten Standpunkte zu verharren, und nur bei anatomischer Gehirnveränderung von Jackson'scher Epilepsie, gleichgiltig ob motorischer, oder sensibler, zu reden.

Noch weniger, als die Bezeichnung „sensibler“ gefällt mir diejenige „paralytischer“ Aequivalente. Wenn auch klinische Aequivalente gemeint sind, so muss als Unterlage doch der physiologische Zustand, den man in der Hirnrinde annimmt, gelten. Nun kann man als Theorie eine bestehende und wieder vorübergehende Hemmung einzelner Centren annehmen, aber als *gleichwerthig* kann man „Hemmung“ und „Reizung“ nicht bezeichnen. Es hat daher einerseits immer etwas Gezwungenes, klinische Aequivalente aufzustellen, die physiologisch nicht bestehen, und andererseits wirkt es für die Diagnostik nicht fördernd, sondern nach unserer Ansicht eher complicirend. Man möge es einfach als etwas Gegebenes hinnehmen, dass transitorische Lähmungen die Jackson'sche Epilepsie begleiten, und die und da auch isolirt vorkommen, d. heisst auch ohne dass ein Krampf vorhergegangen war. Es beruft sich der Verf. mit Recht auf die bekannten Versuche von Bubnoff und Heidenhain, um das gleichzeitige Vorkommen von Krampf und Lähmung in der Rinde auf Hemmungsvorgänge zurückzuführen. Trotzdem sind uns die Bedingungen noch gänzlich unbekannt, unter denen z. B. bei einem Tumor des Hirns einmal Reizung und einmal Hemmung, resp. vorübergehende Lähmung erfolgt. Verf. gesteht ja auch selbst zu, dass für die Diagnose die Hemmungstheorie bezüglich der Genese der paralytischen Anfälle Jackson'scher Epilepsie keinen ausreichenden Behelf gibt. Da nun thatsächlich die Mehrzahl der in der Literatur zerstreuten Beobachtungen von öfters wiederkehrenden Lähmungen ohne Connex mit Jackson'scher Epilepsie Personen betrifft, die an Hirnsyphilis litten, so bezweifelt Verf. selbst die Berechtigung, dieselben als Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie aufzufassen, da es ihm zu weitgehend erscheint, alle Vorkommnisse dieser Kategorie bei Luetischen dem Gebiete der J. E. einzuverleiben, wie Pitres will.

Beobachtung X, XI und XII, sind vom Verf. als Beleg seiner Ansicht von den klinischen paralytischen Aequivalenten (bei Nichtsyphilitikern) angeführt. Wir bemerken nur, dass es Fälle ohne Sectionsbefund sind, also mit Bestimmtheit der jeweilige Sitz der Läsion für die Aufstellung einer neuen Anschauung nicht verwertbar werden kann. Es bleibt im Wesentlichen also Geschmackssache, ob man mit dem Verf. annehmen will, „dass (auch bei Nichtsyphilitischen) paralytische Aequivalente der Jackson'schen Epilepsie vorkommen, ohne dass diesen typische Krampfanfälle vorhergehen oder folgen“ oder ob man diesen transitorischen Paralysen eine andere Bedeutung zuschreibt.

Nach den vorliegenden (fremden) Beobachtungen bejaht Verf. die

Frage, ob nicht auch anfallsweise auftretende Functionshemmungen im Bereiche der *Empfindung* vorkommen, die den paralytischen Anfällen auf motorischem Gebiete entsprechen. Wie die motorische Form, sagt er, die Jackson. Epilepsie, Krämpfe und Lähmungen, so umfasst die sensorische Form derselben ebenfalls Reiz-, und Hemmungssymptome. Es ist dies die Consequenz seiner oben besprochenen veränderten Anschauung vom Wesen der J. E. Den verhängnissvollen Schritt, auch *psychische* Aequivalente der J. E. anzunehmen thut Verf. jedoch mit Pitres nicht. Das von Letzterem beigebrachte Beweismaterial erscheint ihm zu dürftig. Die am Schluss angefügten „Beziehungen zwischen Jackson'scher und gemeiner Epilepsie“ sind recht geschickt und klar dargestellt und widerlegen Roland's Ausspruch: „l'Epilepsie Jacksonienne n'a absolument rien de commun avec l'Epilepsie que le nom“ aufs Gründlichste. Man kann sich mit den hier gegebenen Ausführungen des Verf.'s im Allgemeinen einverstanden erklären, ohne seine Ansichten betreffs d. J. E., die er vorher entwickelt, überall zu theilen. Trotzdem wir im Vorstehenden uns genöthigt sahen, einzelne wesentliche Punkte zu bemängeln, erkennen wir doch gerne an, dass der Verf., dem wir so manche werthvolle Arbeit auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten verdanken, auch hier wieder originell und das Interesse in hohem Maasse erweckend aufgetreten ist. Goldstein.

603) Bourneville: Epilepsie idiopathique. Traitement de l'épilepsie par le bromure de nickel. (Ein Fall von idiopathischer Epilepsie; die Behandlung der Epilepsie mit Nickelbromür.)

(Le Progrès médical 1889 Nro. 24. 26.)

Der Fall betrifft einen erblich stark belasteten Kranken, der den ersten epileptischen Anfall im 13. Lebensjahre in Folge eines heftigen Schrecks bekam; der zweite Anfall trat 48 Stunden nach dem ersten auf und war von einem heftigen Delir gefolgt. Seitdem wiederholten sich die Anfälle sehr häufig, waren von intellectuellen Störungen, Automatismus, procursiven Symptomen begleitet, auch bildete sich allmählig unter Niedergang der intellectuellen Fähigkeiten der epileptische Character aus. Die Anfälle treten gewöhnlich serienweise auf, während einer solchen starb der Kranke wahrscheinlich an Asphyxie. Der Gang der Körpertemperatur während der einzelnen Serien war folgender: sie stieg während derselben höchstens um 1,0 Grad über die Norm hinaus; im Status epilepticus, während das Bewusstsein nicht zurückkehrte, stieg die Temperatur bis 40,3°, sie sank in den nächsten 24 Stunden, stieg dann auf 40,6 (meningitische Congestion) und sank rapide nach Aufhören der Anfälle und Wiederkehr des Bewusstseins. Die Section ergab Persistenz der Thymusdrüse, subpleurale Ecchymosen in den Lungen, während im Gehirn neben einzelnen Windungsanomalien 2 sclerotische Herde in der linken Hemisphäre gefunden wurden.

Die Resultate der Behandlung der Epilepsie mit Nickelbromür waren in keiner Weise befriedigend. Es wurde in 18 Fällen — 7 mit idiopathischer, 11 mit symptomatischer Epilepsie — versucht, die Wir-

kung war folgende. In einem Falle war eine fortschreitende Abnahme der Zahl der Anfälle bis zu ihrem völligen Verschwinden, die bis jetzt 3 Jahre angehalten hat, zu constatiren; in einem Falle war ebenfalls eine Besserung vorhanden, die aber unter der gleichzeitigen Einwirkung von Douchen und Purgantien statt hatte; in einem Falle blieben die Anfälle gleich, während bei sämtlichen übrigen (15) eine bedeutende Zunahme der Anfälle auftrat, häufige Nausea, zuweilen Erbrechen und bei zwei Kranken gastrische Störungen wurden beobachtet. Gegeben wurde das Medicament als Syrup, so dass ein Esslöffel 0.25 Gr. enthielt, (die gewöhnliche Dosis nach Da Costa beträgt 0,33 — 0,46 Gr.) oder in Pillenform

R. Bromure de Nickel	10,0	R. Bromure de Nickel	0,60
Glycerin	15,0	Pulv. rad. Althaeae	0,40
Sacchar	250,0	Extract. Gentian	0,40
Aqu.	120,0	ut. f. pilul. Nro. 12.	
		Holtermann.	

644) Bourneville et Courbarien: Note statistique sur le rôle de consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'idiotie et de l'imbécillité. (Statistische Bemerkung über die Rolle der Blutsverwandschaft in der Aetiologie der Epilepsie, Hysterie, Idiotie und Imbecillität.) (Le Progrès médic. 1889. 23.)

Die Erhebungen sind das Resultat aus der Beobachtung von 926 Kranken obengenannter Gattung in Bicêtre und der Salpêtrière. Unter diesen 926 waren als Kinder blutsverwandter Eltern 38 (25 männliche und 13 weibliche Individuen) also circa 4,1⁰/₀; die Blutsverwandschaft nur im Allgemeinen ohne nähere Angabe des Grades fand bei 3 Individuen statt, die übrigen setzen sich nach dem Grade der Blutsverwandschaft folgendermassen zusammen. Kinder leiblicher Vettern und Cousinen waren 18, Andergeschwisterkinder 14, Cousinen und Vetterkinder 3.—5. Grades 3. Bei allen diesen blutsverwandten Eltern liess sich eine hereditäre oder eine erworbene nervöse Belastung nachweisen; bei 7 Kindern waren in der Ascendenz nervöse Erkrankungen vorhanden, die weniger hervortreten, wie leichtere nervöse Symptome, Migräne, Trunk von einer Seite, Jähzorn, während bei 28 Kindern in der Ascendenz schwere nervöse Erkrankungen nachgewiesen werden konnten, die nicht nur Vater und Mutter, sondern häufig auch die Grosseltern, Onkel und Tanten betrafen. Das Vorkommen nervöser Erkrankungen in den collateralen Linien bei Abwesenheit solcher bei den Erzeugern selbst, beweist, dass die Familie zu den neuropathischen gehört. Da sich nun in allen diesen Fällen die nervöse erbliche Belastung findet, so hat man durchaus nicht nöthig, die Blutsverwandschaft der Eltern als Erklärung der Idiotie, Epilepsie etc. heranzuziehen, es handelt sich vielmehr um Opfer neuropathischer Belastung; nicht die Blutsverwandschaft an sich ist die Ursache der Erkrankung des Kindes, sondern die Uebertragung nervöser Defekte, die selbstverständlich um so stärker sich äussern wird, wenn von beider Eltern Seite eine neuropathische Belastung des Kindes statthat. So richtig es daher ist, sich mit aller Kraft blutsverwandten Heirathen

zwischen defecten Eltern zu widersetzen, ebenso falsch wird es sein, alle Heirathen zwischen Blutsverwandten überhaupt zu proscribiren. Der Ausdruck Blutsverwandschaft ist an dieser Stelle unwissenschaftlich, die Heredität ist der bestimmte Factor. Holtermann.

605) G. Guinon: Les agents provocateurs de l'hysterie.
(Thèse, Paris 1889. Publication du Progrès médical. 1 vol. in 8. 392 pages.)

Die unter Leitung Charcot's verfasste Arbeit soll nicht eine erschöpfende Darstellung der Aetiologie der Hysterie sein, sondern der Verf. will nur einige der hervorragendsten sowie neueren interessanteren Gelegenheitsursachen dieser Neurose hervorheben, um zu zeigen, dass zwischen gewissen Agentien und der Hysterie ein unlügbarer Rapport besteht von Ursache und Wirkung und man die ersteren daher mit Recht als sogenannte „Agents provocateurs“ bezeichnen kann. Der erste Theil der Arbeit, ausschliesslich klinischen Inhalts, enthält neben der Besprechung der verschiedenen Ursachen eine Reihe von Krankengeschichten, die zu einem grossen Theil neu und unveröffentlicht sind; während der zweite Theil neben einzelnen Krankengeschichten hauptsächlich der Darstellung der Wirkung der verschiedenen Ursachen gewidmet ist und den Beweis erbringen soll, dass es sich in allen diesen Fällen wirklich um Hysterie handle und nicht um traumatische oder toxische Neurosen oder dergleichen; dem Schlusse der Arbeit ist ein längeres, sehr ausführliches Verzeichniss der bis jetzt über diese Gegenstände erschienenen Schriften beigegeben.

Auf die einzelnen „Agents provocateurs“ näher an dieser Stelle einzugehen, würde zu weit führen, eine kurze Aufzählung derselben in der Reihenfolge, in der sie vom Verf. abgehandelt werden, möge genügen. Zuerst werden die „émotions morales“, die psychischen Erregungen genannt, deren Einfluss auf die Entwicklung hysterischer Symptome schon länger bekannt und anerkannt ist; zu ihnen gehören: Furcht jeder Art, Schrecken; zuweilen genügt eine einzige Erregung, um die Hysterie wachzurufen, zuweilen jedoch erst eine längere Zeit hindurch wiederholte Eindrücke. In der letztgenannten Art kann verkehrte Erziehung, Erregung der Phantasie z. B. durch religiöse Dinge wirken; dann Furcht vor Strafe, Erregung von Schreckbildern, bei Kindern Erzählungen von Hexen, Zauberern etc.; Spiritismus, Hypnotismus; der nervöse Chock bei Eisenbahnunfällen, Verbannung, Schlag, Stoss, Fall chirurgische Eingriffe; Erdbeben, Blitzschlag. Eine zweite Kategorie bilden die Allgemeinerkrankungen und die Infektionskrankheiten: Typhus, Pneumonie, Scharlach, acuter Gelenkrheumatismus; Diabetes, Malaria, Syphilis. Nervöse Störungen in Folge von Allgemeinerkrankungen sind lange bekannt; sie können verschiedenen Ursprungs sein, solche, die auf materiellen organischen Läsionen beruhen, die aber hier ausgeschlossen sind, und solche, die ohne solche gröbere Läsionen vorkommen, die auf Hysterie beruhen. Die Krankheit an und für sich spielt hier weniger die Rolle des Provocatorens, vielmehr der Zustand, in den sie den Kranken versetzt, die Asthenie des Nervensystems ist der günstige Boden zur Erzeugung der hysterischen Neurose. Demnach kann jede

Erkrankung Hysterie im Gefolge haben, die genannten sind nur die am Meisten bekannten und berüchtigten.

Ferner tritt Hysterie im Gefolge von isolirten oder combinirten pathologischen Zuständen auf, die mit bedeutender Schwächung des betroffenen Individuums einhergehen; dahin gehören Haemorrhagien, physische und intellectuelle Ueberbürdung, Onanie und sexuelle Excesse, Anämie und Chlorose. Es folgen dann die Intoxicationen, ein Gebiet, dessen Beziehungen zur Hysterie erst seit Kurzem erschlossen sind. So sind z. B. der Kopfschmerz bei Bleivergiftung, die nervösen Störungen der Alkoholiker lange bekannt, aber unter diesen nervösen Störungen wurden gewisse falsch gedeutet, indem man sie als Symptome der Vergiftung ansah, ohne ihre wahre Natur zu erkennen. Hysterische Symptome hat man bis jetzt bei folgenden Vergiftungen — die toxischen Neuritiden als auf materieller Läsion beruhend, sind in der Arbeit ausgeschlossen, — nachgewiesen: Alkohol-, Blei-, Quecksilber- und neuerdings Schwefelkohlenstoff-Vergiftung (P. Marie). Bei der Alkoholin-toxication sind die organischen Läsionen, die Lähmungen und alkoholischen Neuritiden von den hysterischen Symptomen streng zu trennen; es giebt aber auch nervöse alkoholische Störungen ohne greifbare Veränderungen, die nicht mit der Hysterie zusammenhängen, während andere namentlich die Störungen der Sensibilität — die Anästhesie und Hemianästhesie, — sowie die convulsiven Symptome, die man lange Zeit als Alkoholepilepsie bezeichnete, hysterischer Natur sind. Verf. möchte diese Zustände als „Hystero-alkoholisme“ bezeichnen. Auch bei der Bleivergiftung giebt es zwei Arten von Anästhesie, von denen die eine auf bestimmte Zonen namentlich die Finger, die direct mit dem Gifte in Contact sind, beschränkt auf organischer Veränderung beruht, während die grossen unregelmässig über die Hautoberfläche zerstreuten anästhetischen Parthien sowie die zuweilen auftretende Hemianästhesie hysterischer Natur sind (Hystéro-saturnisme). Bei der Schwefelkohlenstoffvergiftung ist das eigenthümliche Gefühl von Zusammenschnürung des Testikels als hysterische Aura aufzufassen, während andererseits auch hier nervöse Störungen vorhanden sind, die nicht von Hysterie abhängen. Wenn gleich die Hysterie bei den chronischen Intoxicationen häufiger ist, kommt sie doch auch bei den acuten vor, so ist ein Fall bekannt, der nach einer Vergiftung mit 20 Gramm Campher auftrat, ferner nach Chloroformnarkose. Die Antointoxication wird als sehr zweifelhaft nicht berücksichtigt. Es folgen dann als weitere „Agents provocateurs“ die Erkrankungen des Genitalapparates, denen sich die des Nervensystems anschliessen. Bei den letzteren liegen die Verhältnisse in sofern etwas anders, als die nervöse Prädisposition, die bei den vorhergehenden genannten Erkrankungen vor Ausbruch der Hysterie nicht zu Tage getreten war, sich in diesen Fällen schon durch die primäre Erkrankung des Nervensystems verrieth. Zu den am häufigsten sich mit Hysterie verbündenden Krankheiten des Nervensystems gehören die multiple Sclerose, die Tabes, die Friedreich'sche Erkrankung, die progressive primäre Myopathie, die Pott'sche Krankheit.

Der zweite Theil der Arbeit beschäftigt sich zunächst damit, nach-

zuweisen, dass es sich in allen diesen Fällen auch wirklich um Hysterie handelt. Verf. bespricht die einzelnen nervösen Erscheinungen, und weist nach, dass alle diese Störungen in jedem Falle die gleichen sind, mögen die Agents provocateurs noch so verschieden sein. So zeigen die Störungen der Sensibilität, mögen sie in oberflächlichen aber tiefer gelegenen Parthien in unregelmässig zerstreuten Punkten oder in Form der Hemianästhesie sowie in den charakteristischen Formen (en gigot, en manche de veste, en manchette etc.) vorkommen, immer zeigen sie den gleichen Character, gleichgültig, ob sie in Folge von Alkohol- oder Bleivergiftung, in Folge eines Trauma's oder von Syphilis oder Scharlach entstanden sind. Fast alle sind der Wirkung der Aesthesiogene und des Magneten unterworfen. Neben dieser cutanen Anästhesie kommen häufig sensorische Anästhesien vor, sowie auch solche der Schleimhäute; dergleichen treten zuweilen Hyperästhesien auf. Die Störungen der Motilität bestehen in convulsiven Attaquen verschiedener Form, Lähmungen und Contracturen. Die Lähmungen bestehen in Monoplegien, Hemiplegien und vollständigen Paralyse, zuweilen sind sie mit Contractur verbunden, die bei ihnen vorkommenden Anästhesien haben stets die oben geschilderten Formen. Wichtig ist, dass die elektrische Erregbarkeit der Muskeln nicht verändert ist; auch fehlen grösstentheils selbst bei älteren Lähmungen trophische Störungen, doch giebt es in dieser Hinsicht Ausnahmen. Der Geisteszustand der Hysterischen bietet im Ganzen und Grossen zwei unterschiedliche Formen dar. Die Einen — hauptsächlich Frauen — sind leicht beweglichen Sinnes, bizarr heiter, die nur klagen und sich amüsiren wollen, sie sind sehr mit ihrer Person beschäftigt, veränderlich, weichlich. Die Anderen — hauptsächlich Männer — sind melancholisch, trübe gestimmt, stets mit ihrer Krankheit beschäftigt, sie meiden die Geselligkeit, sitzen tagelang allein und starren ins Leere und brüten über ihren Zustand. Ihr Schlaf ist von Aufschrecken unterbrochen, von Visionen schreckhafter Thiere, unmenschlicher Gestalten, die sich auf sie stürzen, sie quälen, angreifen, tödten wollen; häufig leiden sie an hypnogenen Hallucinationen, Alpdrücken, die man früher als Monopol des Alkoholismus betrachtet hat, die aber, wie Charcot gezeigt hat, häufig bei Hysterischen mit melancholischem Temperament namentlich aber bei der männlichen Hysterie vorkommen.

Es finden sich nun aber noch complicirte Fälle, in denen sich Neurasthenie neben Hysterie entwickelt, die zur Zeit von verschiedenen Autoren — Verf. wendet sich hier gegen die deutschen Arbeiten — falsch gedeutet, als ganz besondere Fälle betrachtet und als traumatische, als toxische Neurosen bezeichnet werden. Verf. vertheidigt die Lehren Charcot's, denen er sich völlig anschliesst.

Die Agents provocateurs schaffen aber nicht aus heiler Haut die Hysterie, sie bilden nur die Gelegenheitsursache, unter deren Einwirkung die Hysterie sich manifestirt bei praedisponirten Individuen und zwar ist es die erbliche Praedisposition, nicht nur die gleichartige sondern die nervöse erbliche Praedisposition überhaupt, die den für die Entwicklung der Hysterie günstigen Boden bildet.

Die einzelnen Agents provocateurs können zuweilen aber nur acces-

sorisch den Erscheinungen der Hysterie ein bestimmtes Gepräge aufdrücken, so kann bei der auf Grundlage von Bleivergiftung sich entwickelnden Hysterie der Kranke eine hysterische Monoplegie haben, die auf den ersten Blick alle charakteristischen Symptome der wahren Bleilähmung darbietet, während sie gleichzeitig auch die der Hysterie zeigt, durch die sie in Wirklichkeit bedingt ist.

Die Entwicklung der Hysterie kann eine unmittelbare nach Einwirkung der Gelegenheitsursache sein, wenn zwischen ersterer und letzterer eine völlig ununterbrochene Reihe von pathologischen Phänomenen besteht, die den Krankheitszustand zusammensetzen, während man unter Fällen mit Spätbeginn diejenigen versteht, in denen vor Ausbruch der nervösen Störungen ein längerer oder kürzerer wirklicher oder scheinbarer normaler Zustand statthatte. Bei traumatischer Hysterie können beide Arten von Beginn vorkommen; oft treten erst Monate oder Jahre nach dem veranlassenden Trauma die nervösen Symptome auf, eine Erscheinung, die vom forensischen Standpunkte aus von Wichtigkeit ist.

Mit Rücksicht auf den Mechanismus, den sie bei Hervorrufung der Hysterie oder der hysterischen Symptome befolgen, lassen sich alle Agents provocateurs, so verschiedener Natur und so unähnlich sie einander sein mögen, in zwei Kategorien theilen. Die erste Gruppe bilden diejenigen, in denen Erscheinungen localer Hysterie auftreten, die zweite bilden solche, in denen die Neurose sich generalisirt. Alle Fälle der ersten Gruppe unterliegen der gleichen Erklärung, sie sind cerebralen Ursprungs und in Folge von Autosuggestion entstanden, während die zweite Gruppe ihre Entstehung einer Störung der allgemeinen Ernährung und insonderheit einer Ernährungsstörung des Centralnervensystems verdankt.

Holtermann.

606) Ch. Féré et H. Lamy (Paris): Note sur la contraction idiomusculaire chez les épileptiques. (Idiomuskuläre Zuckung bei Epileptiker.) (Archives de physiol. norm. et. pathol. Nro. 3. Juli 1889.)

Verf. geben eine kurze Uebersicht über die verschiedenen Ansichten der Autoren in Betreff der idiomuskulären Zuckung. Sie selbst halten dieselbe nicht für ein physiologisches Zeichen, da sie dasselbe bei einer Reihe von gesunden Individuen, selbst magern, nicht antrafen. Bei der Untersuchung von 133 Epileptikern fanden sie das Phänomen 108 Mal deutlich ausgesprochen; durchschnittlich blieb der Wulst länger bestehen wie gewöhnlich, in einem Falle sogar 12 Sekunden. Bei einer Untersuchung von 52 Kranken nach ihren Anfällen fanden sie das Phänomen 49 Mal und zwar auch verstärkt. Die gewöhnliche Verstärkung der Wulstbildung auf der rechten Seite gegenüber der linken war nach den Anfällen noch deutlicher ausgesprochen. Bei hemiplegischen Epileptikern war die idiomuskuläre Zuckung auf der gelähmten Seite nicht stärker, ja fehlte sogar in mehreren Fällen, während sie auf der gesunden Seite hervorgerufen werden konnte.

Strauscheid.

607) **H. Huchard**: La pseudoangine de poitrine hysterique. (Die hysterische Pseudoangina pectoris.) (Le Progrès médical. 89. Nro. 24, 25, 28, 29.)

Ausführliche Abhandlung des wahren Angina pectoris und der einzelnen Formen der hysterischen Pseudoangina. Die Differenzialdiagnose gründet sich hauptsächlich auf folgende Punkte. Die wahre Angina pectoris tritt im Alter der Arteriosclerose auf, am häufigsten nach dem 40. Lebensjahre; sie ist häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht, da die Gelegenheitsursachen zu arteriellen Erkrankungen beim Manne häufiger sich finden; (Alkoholismus, Syphilis Bleiintoxication, Tabakabusus, Ueberanstrengung.) die Anfälle werden fast stets durch eine Anstrengung ausgelöst, sei es durch Marschiren gegen den Wind, durch einen zu schnellen Marsch, Treppensteigen etc.; spontane Anfälle sind, obgleich sie auch vorkommen, doch relativ selten. Selten treten die Anfälle periodisch oder zur Nachtzeit auf, sie sind ohne jede anderen Symptome; die vasomotorische Form ist selten. Der Schmerz ist substernal, dauert 2—15 Minuten und hat den Character der Compression. Der Kranke verhält sich während des Anfalles absolut unbeweglich und ruhig.

Die Pseudoangina kommt dagegen in jedem Lebensalter vor; sie ist häufiger bei der Frau als beim Manne. Die Anfälle treten spontan auf während der Ruhe, während der Conversation und zuweilen unter dem Einfluss einer leichten Erregung; sie sind periodisch, treten häufig zur Nachtzeit auf, und zur selben Stunde und wiederholen sich häufig (40—50 Anfälle am Tage). In den Fällen, in denen die Pseudoangina das erste Symptom einer bis dahin latenten Hysterie ist, ist sie gewöhnlich mit anderen hysterischen Symptomen vergesellschaftet, Hemianästhesie, Hyperästhesie der Ovarien etc. Häufig geht den Anfällen ein Gefühl von Kälte, von peripherer Erstarrung vorher, zuweilen auch eine abdominelle Aura, eine Ohnmacht, ein allgemeiner Frostanfall, Tremor der Glieder oder plötzliche Aphonie. Respiratorische Störungen begleiten häufig die Anfälle, Dyspnoe, Suffocation, beschleunigte Respiration etc. sie endigen häufig mit Weinkrämpfen, mit abundanter Urinentleerung, unter Ructus, Ohnmacht, auch Contracturen. Tritt ein solcher Anfall wirklich einmal ohne sonstige nervöse Symptome auf, so ist für die Diagnose die schon erwähnte Spontaneität derselben von der grössten Wichtigkeit. Häufig ist die vasomotorische Form der Anfälle, in anderen Fällen tritt die neuralgische auf, ferner häufig eine Mischform beider. Der Schmerz hat den Character der Distention des Herzens, (das Herz ist zu gross), seine Dauer ist länger wie bei der wahren Angina bis zu ein bis zwei Stunden. Die Kranken verhalten sich während der Anfälle sehr charakteristisch, sie sind nicht still und ruhig, sondern in fortwährender Agitation, sie schreien, werfen sich umher, wollen sterben etc. Der anatomische Ursprung der Pseudoangina liegt im Nervensystem; die Affection ist im Gegensatze zu der wahren Angina eine gutartige.

Holtermann.

608) **Rybalkin:** Ueber die therapeutische Anwendung der Hypnose.
(St. Petersburger med. Wochenschr. 1889. Nro. 23.)

Fall 1. J. A., Arbeiter auf einer Tabakfabrik, trat ins Hospital wegen Athembeschwerden (Stenose bei der Inspiration, die zum Theil während des Sprechens beim Schlaf vollständig verschwand). Die Rima glottidis bei der Inspiration stark verengert, einen rhomboiden Spalt bildend. Von Seiten des Nervensystems fand sich bei der Untersuchung: Anästhesie der Conjunctiva, des Pharynx und zerstreute anästhetische Stellen der Haut; hyperästhetische Zonen unter der linken Clavikel und in der Gegend des rechten Ovarium; Empfindlichkeit bei Druck auf die Aeste des Nervus vagus sin. Diagnose: hysterischer Krampf der Stimmritze, wahrscheinlich in Folge von Nicotinvergiftung. Heilung durch hypnotische Suggestion.

Fall 2. P. B., Schüler der Telegraphenschule, hatte 2 Wochen vor der Untersuchung das Gefühl als ob etwas im Leibe zerrissen sei, gleich darauf Herzklopfen, Krämpfe in der Bauchmuskulatur, vorzugsweise den muscoli recti und in den Muskeln des Diaphragma, welche nur während des Schlafes existirten. Ursache angeblich Erkältung. St. pr. Contraction der genannten Muskeln bis 89 Mal in der Minute, Empfindlichkeit des Halstheiles des Nervus vagus und der Processus spinosi der Halswirbel, Hyperästhesie der l. Regio inguinalis, Schmerzen in den Ansatzstellen des Diaphragma, Gefühl von Schwere in Kopf und Nacken. Die Krämpfe wurden nach der ersten Suggestion in der Hypnose schwächer und hörten nach der zweiten ganz auf.

Fall 3. A. A., Wäscherin, früher von einer Ischias geheilt; bekam in Folge von Erkältung wieder so heftige Schmerzen in den oberen Zweigen des Plexus ischiadicus (Nerv. glut. sup.), dass sie nicht schlafen und nur mit Mühe gehen konnte. Heilung durch 3 Sitzungen.

Alle drei Fälle befanden sich im ersten Stadium der Hypnose, Veräubung, Schwere in den Augenlidern, Schlaflosigkeit; und waren doch ungemein empfindlich für die Suggestion Buch.

609) **H. Obersteiner** (Wien): Der Hypnotismus als Erziehungsmittel.
(Separat-Abdruck aus der Niederösterreichischen Schulzeitung.)

O. referirt die besonders in Frankreich neuerdings häufig gemachten Versuche, Unarten und Trägheit der Kinder durch hypnotische Suggestion zu beseitigen, und räth, davon abzusehen. Durch wiederholte hypnotische Proceduren bilde sich bei Kindern noch leichter als bei Erwachsenen eine Neigung zu Hysterie, spontanem Somnambulismus, und andern dauernden nervösen Störungen aus, die gerade in der Entwicklungsperiode den Keim zu schweren Leiden pflanzen könnten.

O. ist mit Recht der Meinung, dass eine natürlich gegebene Autorität eine bessere Grundlage für pädagogische Suggestion abgäbe, als die Hypnose. Kurella.

610) **Cybulski** (Krakau): O hypnotizmie ze stanowiska fizjologicznego. (Der Hypnotismus vom physiologischen Standpunkt.)

(Przeglond lekarski 26. Nro. 21—32.)

C. unterwirft die Theorien der Nancyer und der früheren Charcot'schen Schule des Hypnotismus einer sehr einschneidenden Kritik, spricht der Casuistik Liébault's und Bernheim's jeden wissenschaftlichen Werth ab, wie jeder andern Casuistik, die aus der uncontrolirten und uncontrolirbaren Privatpraxis schöpft, und lässt den Hypnotismus nur als mit dem Schlaf und dem spontanen Somnambulismus verwandt, durch die hohe Suggestionabilität characterisirte Erscheinung gelten.

C. stützt seine Ausführungen auf zahlreiche eigene Experimente.

Kurella.

611) **Gilles de la Tourette** und **S. C. Lagoudakis** (Paris): Diminution et cessation de l'usage habituel de la morphine chez deux Tabétiques traités par la suspension. (Verminderung und Nachlass des gewohnten Gebrauchs des Morphiums bei zwei Tabikern nach Anwendung der Suspension.) (Arch. de Neurologie. Bd. 18. 1889.)

Charcot stellte kürzlich in seiner Poliklinik drei Kranke vor, welche, mit Sclerose der hinteren Stränge des Rückenmarks behaftet, durch Anwendung der Suspension der Art gebessert worden waren, dass sogar einer davon, seit zwei Jahren wegen den lancinirenden Schmerzen zu täglichen hypodermatischen Morphin-Einspritzungen gezwungen, von denselben vollständig Abstand nehmen konnte. Einen solchen Erfolg bezeichnet Charcot als einen höchst werthvollen und betrachtet ihn als eine Folge der Suspension.

An diese Fälle reihen die Verff. zwei gleiche, bei denen das fragliche mechanische Mittel einen gleichen Erfolg hatte d. h. das Grundleiden besserte, die blitzähnlichen Schmerzen in den Beinen beschwichtigte und die Sucht nach Morphin entweder verminderte oder ganz beseitigte.

Pauli.

612) **J. W. Wright** (Bridgeport Conn): Cerebral abscess successfully treated by trephining. (Ein durch Trepanation erfolgreich behandelter Gehirnabscess.) (The Medic. Record 21. September 1889.)

Ein 41jähriger Sträfling, der in einem Anfälle von Delirium tremens die Zellenwände so mit seinem Schädel bearbeitet hatte, dass er vielfache Abscesse in den äusseren Scheiteltheilen davon trug, fing etwa 3 Wochen später an über Taubheitsgefühl und Schwäche in der rechten Hand, zeitweise auch über heftigen Schmerz an einer Stelle des linken Seitenwandbeins zu klagen. Es fand sich bei der Untersuchung Lähmung der rechten Gesichtshälfte, sowie des rechten Armes und Beines; auch war kurze Zeit Aphasie vorhanden. Fast 14 Tage später, als die Abscesse in den Schädelstücken fast geheilt waren, trat Stumpfheit der geistigen Funktion, Tag's darauf Coma ein: die Pupillen waren contrahirt und reagirten nicht auf Licht, Koth und Urin wurden

unwillkürlich entleert, Puls und Athemfrequenz sanken erheblich. Nach Trépanation an der schmerzhaften Stelle und mehrfache Probepunktion des Gehirns wurde in 2 Zoll Tiefe eine Abscesshöhle gefunden, aus der nach Incision und Drainage sich grosse Eiterungen entleeren. Heilung. Voigt.

613) M. Tuffier et A. Chipault (Paris): Etude sur la chirurgie des tabétiques. (Chirurgische Behandlung der Tabes.)

(Archives générales de médecine. October 1889.)

Bei einem 67 jährigen Tabiker, dessen linker Unterschenkel wegen eines mal perforant des Fusses amputirt worden war, unternahmen die Verf. mit gutem Erfolge eine Amputation des rechten Unterschenkels wegen eines tabischen Fusses (pied tabétique). Pat. konnte mit dem deformirten Fusse nicht mehr gehen und hatte heftige Schmerzen an demselben, so dass er selbst die Amputation wünschte. Verf. machen darauf aufmerksam, dass man bei der Untersuchung eines tabischen Fusses durch die Sklerose der Weichtheile leicht getäuscht wird über den Umfang der Knochenkrankung, die in der Regel für viel zu gross gehalten wird.

In mehreren Fällen beobachten die Verf. das gleichzeitige Vorkommen eines mal perforant und einer Arthritis des unmittelbar benachbarten Gelenkes. Letztere kann dem ersteren längere Zeit vorausgehen. Die Gelenkentzündung kann, wenn das mal perforant einseitig ist, doppelseitig sein und dem Erscheinen eines solchen Geschwüres auf der anderen Seite vorausgehen. Manchmal scheint eine begrenzte Anaesthesie in der Gegend der Gelenkentzündung auf das demnächstige Erscheinen eines mal perforant hinzudeuten. Oft heilt das letztere aus, während die Arthropathie und mitunter auch die Anaesthesie weiter besteht. Man kann dann annehmen, dass das Verschwinden der Ulceration nur ein vorübergehendes war.

Die beiden Störungen, mal perforant und Arthropathie sind von einander unabhängig, hängen aber beide von derselben Ursache ab. Die Gelenkentzündung ist weit hartnäckiger, als das malum perforans.

Strausschaid.

614) Charles H. Chetwood (New-York): *The toxic effect of cocaine hydrochlorate with report of a case.* (Die giftige Wirkung des Cocains. Bericht eines Falles.) (The Medic. Record 10. Aug. 1889.)

Einem 25 jährigen Manne wurde behufs Spaltung einer vorn sitzenden Stricture urethrae etwa 4 Gramm einer 4^o/oigen Cocain-Lösung in die Harnröhre gebracht. 3 Minuten darauf wurde Pat. „nervös“ und so aufgereg, dass er einem Maniakalischen glich; zugleich erweiterten sich seine Pupillen, es traten in verschiedenen Muskelgebieten tetanische Krämpfe auf, der Puls wurde schwach, Gesicht und Körper blass. Unter Anwendung von Whiskey besserte sich dieser Zustand nach einer Viertelstunde, doch blieb noch längere Zeit Schwindel und eine Art von Bewusstlosigkeit zurück. — Bekanntlich sind schon mehrfach Fälle beschrieben, in denen das örtlich angewandte Cocain Ver-

giftungssymptome setzte; namentlich wurden beobachtet: Erregungszustände der verschiedensten Grade, gewöhnlich eingeleitet durch Kopfschmerz, Schwindel und Pupillenerweiterung, dann mehr weniger starke bis zum Collaps sich steigernde Herzdepression (Cyanose, erschwertes Athmen, Ohnmachten) ferner Reflex-Erscheinungen, wie Ekel, Erbrechen, Koliken, Durchfall, weiterhin und vor Allem verschieden starke, zuweilen sogar zum Tode führende epileptiforme und tetanische Krämpfe endlich Paralyse, Coma und Tod ohne vorausgegangene Krämpfe. Die Dosis scheint dabei eine weniger wichtige Rolle zu spielen, als die Grösse der Widerstandsfähigkeit gegen das Gift: dieselbe schwankt bei den verschiedenen Menschen in weiten Grenzen. Voigt.

615) **Thomas W. Ayers** (Jacksonville, Ala.): Therapeutic value of phenacetine. (Therapeut. Werth des Phenacetin.) (The Medic. Rec. 18. Mai 1889.)

Nach Verf. ist das Phenacetin ein besseres Antineuralgicum, als das Antyprin und Antifebrin: es beseitigte in Dosen von ungefähr 1 Gramm den Schmerz, innerhalb 30—60 Minuten, namentlich wenn die Dosis wiederholt wird, macht daneben oft auch Schlaf. Nachtheilige Folgen sah Verf. nicht eintreten, selbst nicht nach dem Gebrauche von 4 Gramm innerhalb 9 Stunden. (Ref. der das Mittel oft angewandt hat, sah eine ziemliche Anzahl von Fällen, in denen es schwächer und unzulässiger wirkte, als Antifebrin und Antipyryn.) Voigt.

616) **Frederick Peterson** (New-York): Notes on Exalgine.

(The Medic. Record 14. Septbr. 1889.)

Verf. gebrauchte das von Brignonet bereitete und benannte Exalgine (Orthomethylacetanilid) in einigen 20 Fällen von Neuralgie. Dasselbe wirkt in 50% analgetisch und zwar im Ganzen stärker, als Antipyryn, während es ihm an antipyretischer Kraft nachzustehen schien. Ueble Neben- oder Nachwirkungen traten niemals ein (ausser vielleicht bei Morphinisten). Dosis 0,2 Gramm alle 2—4 Stunden.

Voigt.

617) **Richard Cole Newton**: A successful and convenient method of treating puerperal eclampsia. (Eine erfolgreiche und bequeme Behandlungsart der Eclamps. puerp.) (The Medic. Record 7. Septbr. 1889.)

Verf. kritisirt die bisherigen Behandlungsarten (Chloroform, Morphinum, Aderlass) und empfiehlt schliesslich die Anwendung der Tr. Veratri virid. und Benzoë-Säure: sein Freund Dr. Love habe damit 23 Fälle behandelt und geheilt.

Voigt.

618) **A. G. Browning** (Maysville, Ky.): Sulfonal, its dosage and effects.) (The Medic. Record 20. Juli 1889.)

Es wurden 4 Fälle angeführt (Plethora, Anämie, Neurasthenie, und Hysterie), in denen Sulfonal als Hypnoticum in kleinen und grossen Dosen entweder gar nicht, oder in unangenehmer Weise wirkte. Verf. meint daher dass es sich mit Chloral und Paraldehyd pp. gar nicht vergleichen lasse.

Voigt.

619) **Mierzejewski** (Petersburg): *Opszyecznae rozwoju chorob meyslawych i nerwowich w Rosyi i o srodkach zaradonych.* (Ueber die Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten in Russland und die Mittel der Abhülfe) (Polnisch: Przegląd lekarski Bd. 26 Nro. 15—18.)

M. führt an, dass unter den Irren Russlands 7—42% in Folge von Trunksucht psychisch erkrankten und dass die Herabsetzung der Spiritussteuer die Zahl psychischer Erkrankungen bedeutend gesteigert hat, so dass im ersten Jahre nach Herabsetzung der Steuer viermal mehr Aufnahmen in den Petersburger Anstalten vorkamen

In zweiter Linie zählt M. zu den Ursachen der steigenden Irrenzahl in Russland die plötzliche Emanicipation der Bauern, die Millionen bis dahin still hinvegetirender Menschen in den Kampf ums Dasein, zu einer plötzlich gesteigerten Inanspruchnahme des Gehirns geführt hat, und Anlass zu immensen Verschiebungen der Bevölkerung und damit zu einer vollständigen Aenderung der Existenzbedingungen wurde.

In sehr interessanten Ausführungen macht er darauf aufmerksam, dass der dem Neurastheniker eigene Pessimismus eine Grundlage für die Entwicklung nihilistischer Anschauungen bildet, und dass der einmal historisch gegebene Nihilismus zahllose neurasthenische und erschöpfte Individuen anzieht und durch eine Reihe von Conflicten der Psychose entgegenführt, und dass auf der andern Seite die pessimistische Stimmung dem Skopzentum (Castrations-Propagande) zahllose Proselyten zuführt, die damit Candidaten der Irrenanstalten werden.

Zur Bekämpfung dieser Factoren der zunehmenden Zahl der Psychosen empfiehlt M. vor allem die Bekämpfung der Trunksucht durch Bestrafung der Trunkenheit, Isolirung in Trinkerasylen, hohe Schanksteuer, Begünstigung des Consums leichter Biere und Weine und Verbot des Verkaufs von Alkoholgemischen, die schwere Alkohole (Butyl-, Propyl-, Amyl etc. Alkohol) in schädlichen Mengen enthalten. Ferner weist er auf die Nothwendigkeit der Errichtung von Irrenanstalten hin, und zeigt, wie kläglich es noch damit in Russland steht. 1886 gab es im ganzen russischen Reich 9034 Betten für Irre in den Anstalten, bei einer Zahl von etwa 270000 Irren im ganzen Reich, so dass ein Anstaltsplatz auf 10000 Einwohner in ganz Russland kommt, während in Petersburg ein Anstaltsplatz auf 544 Einwohner disponibel ist. Eine officiële Irrenstatistik fehlt übrigens in Russland völlig. M. fordert eine staatliche Aufsicht über alle Anstalten und die Gründung von Kliniker Stadtasylen und Semstoro. (Provinzial-Stände) Anstalten, auf Grund einer staatlichen Feststellung des Bedürfnisses.

K u r e l l a.

620) **P. J. Kowalewsky** (Charkow): *Leczenie Duszewnych i nerwnychycholesnej.* (Die Behandlung der psychischen und Nerven-Krankheiten.) (Charkow 1889. 268 p. 8°.)

Das klar und knapp geschriebene Buch des russischen Autors bringt eine allgemeine Therapie der Krankheiten des Nervensystems und behandelt in 10 Capiteln die allgemeinen Grundätze der Anstaltsbehandlung, die Ernährung, die Anwendung des Alkohols und der Coffein-haltigen

Genussmittel (eine wichtige Frage in Russland, das in immensen Mengen Schnaps und Thee consumirt), die Elektrotherapie, die Hydrotherapie, Klimatotherapie, Kinesiotherapie (Massage, Gymnastik u. a.) medicamentöse Therapie und schliesslich die psychische Behandlung.

Vieles in den Darlegungen K.'s ist wesentlich für russische Leser interessant, so die Abhandlung über russische Bäder und Luftcurorte die von Aechorinek in Polen bis nach Wladikaukas und Batum reichen. Vor allem aber gehören hierher eine Reihe von Bemerkungen über Therapie der Psychosen, die, so selbstverständlich sie für einen westeuropäischen Leser scheinen mögen, in Russland noch sehr unentbehrlich sind. Ich will als Beispiel ein Citat hersetzen. p. 149 heisst es in dem Capitel: Hydrotherapie: „Ich war oft Zeuge folgender hydrotherapeutischer Procedur: Dem Kranken wurden die Hände über dem Rücken zusammengebunden, unter die Hände, zwischen sie und die Wirbelsäule ein dicker Stock geschoben. An diesem Stock wurde der Kranke hängend über die Wanne gehalten, und von oben zu seiner *Beruhigung* mit kalten Douchen übergossen. Es ist übrigens schwer zu sagen, was besser ist, diese Methode, oder das Verbrühen der Kranken mit heissem Wasser, wie das jüngst in der Charkower Irrenanstalt Usus war. Es ist begreiflich, dass gegenüber einer so inquisitorischen Anwendung der Hydrotherapie unsere Aerzte, die Irre in ihrer Pflege hatten, ein wenig gegen die kalte Abart der Hydrotherapie reagirten; bei ihnen bestand schliesslich die ganze Hydrotherapie in warmen Vollbädern. Nun auch das wäre gut, wenn es nur welche gäbe, denn es kommt vor, dass eine Wanne auf 200—250 Irre vorhanden ist, und dass noch dazu Männer und Frauen an demselben Orte baden.“

Auch in dem Capitel über psychische Behandlung fällt manches Streiflicht auf düstere Regionen des russischen Irrenwesens; um so vollständiger wird bei K. die Darstellung der psychiatrischen Therapie, in der nichts vergessen ist, coloniale- und Familien- Pflege so wenig, wie das Paedagogium Kahlbaum's.

Am originellsten ist das lange Capitel über die Bedeutung körperlicher Arbeit, die K. in erster Linie als hygienisches Moment ansehen will, wobei er sich in ungewöhnlich scharfer, aber berechtigter Kritik gegen die Uebertreibungen wendet, die von einer landwirthschaftlichen Therapie der Psychosen sprechen wollen. Es giebt keine therapeutische Richtung der Neurologie und Psychiatrie — wenn man nicht etwa den Ausfall der Suspensionstherapie und der Suggestion beklagen will — die bei K. nicht principiell gewürdigt ist, und überall tritt sein humaner Sinn und sein — in Russland nicht ganz ungefährlicher — unerschrockener Muth in der Bekämpfung der Corruption wohlthuend hervor.

Kurella.

621) T. D. Crothers (Hartford, Conn): Alcoholic trance in criminal cases. (Alkoholisches Irresein und Verbrechen.) (The Medic. Rec. 6. Juli 1889.)

Es ist zweifellos, dass nicht selten Thatfachen begangen werden, von denen der Thäter während und nach der Action keine Ahnung hat. Derartige Bewusstseins- und Gedächtnisslücken werden meist beo-

bachtet bei Epileptikern und Trunksüchtigen. Was letztere anbetrifft, so scheint die fortgesetzte Alcohol-Paralyse nicht nur die Ernährung und Funktionsthätigkeit des Gehirns zu schwächen, sondern auch eine locale Lähmung in demselben zu setzen, die von einer zeitweilig auftretenden, nach gewisser Zeit vorübergehenden Bewusstseins- und Gedächtniss-Pause gefolgt ist. Verf. erzählt zum Beweise dieser That-sache verschiedene Beispiele und führt dann als diejenigen Hauptpunkte die bei der Betheiligung krankhafter Hirnzustände in's Gewicht fallen, folgende an:

1. Der Zustand zeitweiser Geistesabwesenheit (Trance) bei Trunksüchtigen ist ein bestimmter Hirnzustand, der sicher und unzweifelhaft vorhanden ist. 2. In demselben ist das Bewusstsein und die Fähigkeit, sich der betreffenden Worte oder Thaten zu erinnern, aufgehoben; der Kranke geht automatisch umher und zeigt keine oder nur geringe Spuren seines krankhaften Geisteszustandes. 3. Die höheren das Bewusstsein controlirenden Hirncentren sind, wie bei Somnambulismus oder Hypnose, unthätig — ein Zustand, der von wenigen Augenblicken bis zu mehreren Tagen dauern kann. Dabei kann der Kranke in jeder Beziehung gesund erscheinen. 4. Während dieser Abwesenheits-Periode kann der Kranke gegen Personen oder Sachen ein Verbrechen begehen ohne deutlichen Grund oder Plan: eine genauere Untersuchung ergibt dann gewöhnlich nicht nur in den Einzelheiten und den Arten der Ausführung gewisse Besonderheiten, sondern lässt auch erkennen, dass der Kranke die That ausführte, ohne sich ihrer Art und ihrer Folgen bewusst zu sein. 5. Ist diese Periode vorüber, so zeigen die Handlungen und die Aufführung des Kranken, dass er sich dessen nicht erinnert, was er zuvor gethan. 6. Solche Kranken sind als unverantwortliche und dem Gemeinwohle gefährliche Irre zu betrachten. 7. Sie sollen daher betreffenden Fall's weder als Verbrecher bestraft noch als Geistesgesunde in Freiheit gelassen, sondern in irgend einer Anstalt untergebracht werden. Voigt.

622) **Bellat** (Dijon): Contribution à l'étude de la folie à deux. (Beitrag zur Lehre vom inducirten Irresein.)

(Ann. méd psycholog. September 1889.)

Der mitgetheilte Fall betrifft Mutter und Tochter. Erbliche Belastung Häusliche Sorgen. Verfolgungswahn der Mutter (Sinnesestäuschungen). Die Tochter nimmt den Wahn der Mutter an. Beide machen zahlreiche Reisen um den Verfolgungen zu entgehen. Nach der Trennung beider in der Anstalt bleibt die Mutter bei ihren Wahnideen, während dieselben bei der Tochter ganz ablassen, und ein mystisch-melancholischer Wahn hervortritt. Otto.

623) **Lauber** (Neuburg a. D.): Zurechnungsfähig oder nicht? Ein gerichtlicher Fall. (Friedr. Bl. f. ger. Med. 40. Jhg. 4. Heft, Juli und August.)

A. B. von C., Schumacher, 58 Jahre alt, ist angeklagt, die von ihm getrennt lebende Ehefrau derart misshandelt zu haben, dass dieselbe 3 Wochen krank und arbeitsunfähig war. Derselbe war 1884 in der Irrenanstalt, nachdem man erkannt hatte, dass seine ehelichen Sävitien von

Eifersuchtswahn herrührten, entwich aus derselben ungeheilt und sollte sich von dem Wohnsitz seiner Frau fernhalten. Dies that er nicht, sondern lauerte ihr wiederholentlich auf. Ein 1885 von der Gemeinde gestellter Entmündigungs-Antrag wird abgelehnt, weil ihn 2 Aerzte für geistig völlig gesund erklären. In der Strafkammer-Verhandlung September 1886 erstattet L. folgendes Gutachten:

Der Direktor der Kreis-Irrenanstalt zu D. E. U. erklärt am 15. 11. 84., dass A. B. an Verrücktheit mit Beeinträchtigungs- oder Eifersuchtswahn leidet, und dass er in Folge seiner hallucinatorischen Verrücktheit seiner Ehefrau in hohem Grade gefährlich geworden ist. Meine Exploration hat ergeben, dass derselbe heute noch ebenso verrückt ist, wie vor 2 Jahren. Er glaubt fest, dass von den 7 Kindern seiner Ehefrau kaum 3 von ihm herkommen und dass seine Frau Umgang mit dem bösen Feinde habe, und hat früher aus naheliegenden Gründen dissimulirt. Auch an Gehörshallucinationen im Sinne seines Wahns hat A. B. gelitten. Die völlige Abwesenheit von Affekt lässt auf vorgeschrittene, geistige Schwäche schliessen. A. B. gehorcht zwar bei seinem Handeln krankhaften Impulsen, doch ist er im Stande bei Gegenwart Anderer von Angriffen gegen seine Frau abzustehen. L. nimmt daher nur geminderte Selbstbestimmungsfähigkeit an.

A. B. wird unter Annahme mindernder Umstände, zu 1 Monat Gefängnis verurtheilt.

Landsberg.

624) **J. Kratter (Innsbruck):** I. Geistesstörungen nach Kopfverletzung mit Bemerkungen über die Beurtheilung der traumatischen Psychosen. (Friedr. Bl. f. ger. Med. 40. Jahrg. Heft 4, Juli und August.)

I. Beobachtung: Ueberfall und schwere Körperbeschädigung im Verfolgungswahn aus Kopfverletzung.

1. Akten. Joseph Hö. von Gr. am Brenner, gesellt sich am 8. 4. 88. zu den um 3 Uhr Nachmittag vom Gasthaus nach Hause gehenden Joseph Schm. und Joseph P. Unterwegs versetzt Hö. dem Schm. plötzlich ohne vorangegangenen Streit einen so heftigen Stoss gegen die Schulter, dass derselbe ausgleitet und in den Bach am Wege hinab kullert und macht dann gegen den ihm Nacheilenden von seinem Taschenmesser in derart Gebrauch, dass er ihm 4 Stiche an Hals und Rücken beibringt, die eine 27 tägige Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben. Hö. räumt sowohl in der Voruntersuchung als in der Hauptverhandlung am 22. 6. die Strafthat ein, behauptet jedoch Nothwehr, weil seine beiden Begleiter verarbedet hätten, ihn umzubringen. Zeuge Fr. fand den Hö. bis an die Brust im Wasser knieend, ohne Hut und half ihm aus demselben, wobei sich der Hö. wie angetrunken benahm. Andere Zeugen, unter anderem der Kurat von O., halten den Hö. für einen gemeingefährlichen Narren, der freigelassen, noch Jemanden umbringen werde. Bei der Verhaftung benahm er sich auffällig. Im Vorjahre hatte er seinen eigenen Vater gefährlich bedroht. Die Staatsanwaltschaft erhob auf Grund von ärztlichen Gutachten, die ihn für zurechnungsfähig erklärten, die Anklage; doch wurde die Schlussverhandlung behufs nochmaliger ärztlicher Untersuchung, vertagt.

2. Gerichtsärztliche Exploration. Hö. ist gross, kräftig gebaut, muskulös. Seine Aeusserungen sind logisch und bestimmt. Er ist gegenwärtig 43 Jahre alt, hat durch 2½ Jahre die Volksschule besucht, war Anfangs Maurer, später Knecht. Im Alter von 23 oder 24 Jahren erlitt er eine schwere Kopfverletzung und war danach, nach des Bruders Angabe, über ein Jahr krank. Seitdem besteht gemüthliche Reizbarkeit und Intoleranz gegen Alkoholika. Bezüglich der Straftat und ihres Motives macht er die oben berichteten Angaben. Fast Alle wollen ihn ums Leben bringen und eine Klage habe der Bezirksrichter nicht angenommen weil er bestochen sei. Die Haut des Gesichts ist geröthet, rechts mehr, als links. Rechtseitige Sympathicus- und Facialis-Parese. Stirnrunzeln, unruhiger Blick. Explorat starrt entweder in die Ferne oder zu Boden, lacht oft ohne Grund auf, geräth bei Widerspruch in Affekt. Am Schädel über der rechten Ohrmuschel tiefe Knochenimpressionen, in die man 3 Finger legen kann, Haut über derselben nicht verschiebbar. Dieselbe soll öfters der Sitz stechender Schmerzen sein. Rechte Pupille grösser, nicht ganz kreisrund, Hornhäute leicht getrübt, Zunge zittert etwas beim Vorstrecken.

3. Gutachten. Hö. leidet seit vielen Jahren an Verfolgungswahn. Sein Verdacht richtet sich namentlich gegen Wirthe, weil er wohl in Wirthshäusern oft geneckt wurde. Seine Straftat ist nur die logische Folge seines Wahns. Simulation ist nicht denkbar, weil das Krankheitsbild ein durchaus wahres ist.

Schlussgutachten. 1. Joseph Hö. leidet seit vielen Jahren an Verfolgungswahnsinn.

2. Die Psychose entwickelte sich allmählich in Folge schwerer Kopfverletzung.

3. Die Straftat ist die logische Folge seiner Psychose.

4. Hö. ist gemeingefährlich.

2. *Beobachtung. Im Kindesalter erlittene Schädelverletzung. Periodische Melancholie. Vagabundage. Progressiver Schwachsinn.*

Herr E., 42 Jahre alt, hat sich bis zu seinem siebenten Lebensjahre, ebenso wie seine 3 Brüder, völlig normal entwickelt und ist erheblich nicht belastet. Nach schwerem Fall auf den Hinterkopf mehrwöchentliche Gehirnkrankheit, nach welcher starkes Stottern, intellektueller Defekt und viel Kopfschmerz zurückbleiben. Patient lernt mit Mühe schneiden. Zur Zeit der Pubertät tritt periodisch melancholische Depressionen ein, in deren Folge Patient wochenlang vagabondirt, und zu jeder Jahreszeit der Murrethier Jagd obliegt. In den letzten Jahren hat die Intelligenz noch mehr abgenommen. Patient vermag die einfachsten Rechenaufgaben nicht mehr zu lösen. Wegen seiner ungeordneten Lebensführung beantragt die Familie Entmündigung.

E. ist gross und kräftig, schlecht genährt. Gesichtsfarbe blass, Blick unstät, verloren. Starkes Stottern. Zunge etwas belegt, foetor ex ore. Am Hinterkopfe eine derbe, harte, druckempfindliche Stelle, über der die Haut nicht verschiebbar ist. Intoleranz gegen Alkoholika. Zur Zeit der Anfälle sehr schlechter Schlaf. Das Gutachten erheilt aus der Ueberschrift.

Landsberg.

Alphabetisches Inhaltsverzeichniss.

Die Zahlen beziehen sich auf die Seiten. Die Namen der Verfasser sind gesperrt gesetzt.



- | | |
|--|---|
| A basie 690. | A nrep 281. |
| Acetonurie bei Geisteskranken 579. | Antifebrin 282. |
| Achard 304, 395, 720, 783. | Aphasie 170, 211, optische 275, 432, |
| Acromegalie 74, 138, 272, 362, 496. 647; | 706 (bei Paralyse). 738 (sensorische). |
| 637. | Apoplexie 430 (progressive). |
| Actaea racinosa 473. | Apraxie 211. |
| Adamkiewicz 743. | Arndt 91. |
| Addison'sche Krankheit 655. | Aronsohn 140. |
| Aequivalente, epilept. 748. | Arrestantenlähmung 530. |
| Albert 489. | Arseniklähmung 249, 587. |
| Albuminurie und Propeptonurie bei Psy- | Arsonval'scher Apparat 446. |
| chosen 586. | Arthaud 702. |
| Alcoholismus 217, 570. | Arthritis 604 (Ursache von Paralyse). |
| Alcohol-myositis und neuritis 353; Pa- | Ascher 293, 410. |
| ralysen 133. | Asthma 173 (nervos.). 541 (Verhältn. zu |
| Alelecow 554. | Nervenkrankheiten). |
| Alopecia areata 49, neurotica 353. | Ataxie 192, bei Arseniklähmung 249, |
| Alt 504. | 332, corticale 18, 172. |
| Althaus 498. | Ataxie locomotrice progress. v. Tabes. |
| Amblyopie 61, 297, 438 (gekrenzte). | Athetose 204, 529, bilaterale idiopa- |
| 502 (hyster.). | thische 656. |
| Anästhesie 672 (Einfluss auf die Athem- | Atlasoff 146. |
| bewegung). | Atropin, Inj. bei Chloroformirung 734. |
| Aneurysmen 337. | Atrophie v. a. Muskelatrophie 249, 355. |
| Anfälle, hypochondrische 510. | „ progress. halbseitige des Ge- |
| Anfimow 134, 342. | „ sights 447. |
| Angerstein 146. | „ der Sehnerven 398. |

Auerbach 742.
Augenbewegung, Centra. - Coordination 105.
" " Syptome bei Tabes 301, 399.
Augenerkrankungen bei progr. Gesichtsatrophie 447.
" muskellähmungen 447.
" reflexerregbarkeit 452.
Auldt 84.
Aural vertigo 248.
Aura, sensorielle 580.
Ayers 763.

Babcock 214.
Bad, electrisches 306, 651.
Baden 503.
Babinski 714.
Baillarger 576.
Balkenmangel 271.
Ball 152, 472, 603.
Balfour 473.
Ballet 232.
Banal 588.
Baraduc 702.
Baralgesiometer 167.
Barié 191.
Basalmeningitis 721.
Basedow'sche Krankheit 175, 176, 196, 223, 703.
Batemann 301.
Baume 640.
Bauthier 580.
Beach 152.
Beard 553.
Beaven Rake 305.
Bebez 241.
Bechterew 75, 204, 433.
Beevor 640.
Beginski 741.
Behrend 29, 556.
Bein, motor. Centren 713.
Bellat 766.
Bendandi 319.
Benedikt 679:
Bendz 480.
Bennett 580.
Berger 396.
Berggrün 513.
v. Bergmann 47.
Beri-Beri 130, 142.
Berkhan 507.
Bernhardt M. 11, 33, 198, 203, 277, 385.

Bernheimer 364.
Bettancourt-Rodriquez 605.
Bewusstsein, Grenzen 204, Störungen 253.
Bickerton 532.
Bindegewebsentartung, subcutane 478.
Binder 283, 477.
Bishop 502.
Blasenfunction 332.
Bleivergiftung 172.
Blindheit, compl. (Rindenveränderung) 21.
Blitzschlag 690.
Blumenau 135, 242.
Blutung aus subdural. Venen 202.
Blutverwandschaft 754.
Boas 688.
Bonnevillle 24.
Booth 128, 311, 519.
Boschi 319.
Bosworth 344.
Bouillard 608.
Bourneville 379, 473, 703, 753, 754.
Boynton-See 210.
Bressler 115.
Bricon 473.
Broadbent 430.
Broca 272.
Brooks 302.
Brown 169.
Brown-Sequard 714.
Browning 763.
Bruce 271.
Bruck 280.
Brunel 603.
Bruns 244, 647, 650.
Brush 216.
Brusk 506.
Bryan 89.
Buch 167, 324.
Buchholz 360, 411, 508.
Bulbärparalyse 217.
Bulimie 426, 507.
Bullance 496.
Bullen 186.
Bum 681.
Butte 702.
Burkhardt 475, 518.
Butte 702.
Buzzard 112.
Bywalkowitsch 520.

Cachexie pachydermique 307.
Cahen 732.
Campbell-Clark 95.
Carotis 481 (Thrombose autocht.) 481.

- Castration** 463 (b. Hysterisch. Epilept.).
Casumet 307.
Catélineau 501.
Centralnervensyst. 167 (Veränderungen nach Aethylalcohol u. Fuselölvergift.).
Centralorgane 638 (Vorstellungen über den Ban). 647 (Localisation vid. Rückenmark).
Chambord 307.
Charcot 83, 392, 687, 690.
Charpentier 603.
Charrin 448.
Chaslin 448.
Chavrier 172.
Chetwood 762.
Chipault 762.
Chloralamid 457, 674.
Chloralhydrat 189.
Chorea 381., Behandl. 503. 726 (Chloral und Schlaf).
Choupe 445.
Claret 258.
Clarke 506.
Clonston 27.
Cocain 283 (bei Epilepsie). 250 (hypodermat.).
Cocainintoxication 503, 762 (acute). 445, 733 (chron.).
Colman 663.
Corneal-Conjunctivalreflex 143.
v. Corval 346.
Courtenay 219.
Courbarien 754.
Cousot 217.
de Craene 186.
Cramer 254.
Crampus 84, 175.
Craniotomie 128.
Cree 250.
Crocq 701.
Crothers 222, 765.
Cwietkoff 149.
Cybulski 761.
Cynorexie 507.
Cytisin 252.
Daly 147.
Dana 250.
Danillo 77, 103.
Darm-Innervation 433, 514.
Darm-Neurose 307.
Darwin'sches Spitzohr 329.
Dastre 61, 669.
Debove 191.
Degeneration der Verbrecher-Psychosen 453.
Degenerationszeichen 410, der Verbrecher 478.
Dejerine 303.
Delirium acutum 508.
Demenz acute 90.
 " paralyt. v. Paralyse.
 " secundäre 27.
Denkstörungen 514 (psych. Krankheits-sympt. und Degenerationszeichen).
Denslow le Grand 175.
Dercum 303.
Dermoidcysten, intracranielle 743.
Desnos 188.
Dillmann 302, 523.
Dinder 98.
Diphtheritis 248 (Patellarreflex).
Donáth 19, 296, 297.
Doorenbos-Clinke 109.
Dubay 20.
Dumenil 702.
Dujardin-Beaumetz 504.
Dünndarm-Innervation 514.
Dunn 250.
Duret 586.
Dutil 584.
Dystrophia muscul. progr. 72 (v. Muskel-erkrankung).
Echinococcus 271 (bei Myelitis).
Eckler 146.
Eclampsia 663, 763 (puerp. Form von). 701 (Entbindung bei).
Edes 140.
Edwards 468.
Eigennamen i. d. Neurologie 595.
Eisenbahn-Unfälle 83.
Eisenlohr 616, 662.
Electrophthalmocyclop 165.
Electrotherapeut. Arbeiten neuere 251.
Encephalitis, Histologie 393.
 " primäre acute 650.
Engelhorn 313.
Entarteritis 137 (gitterförmige).
Enteroptose 190.
Enthauptung 466.

Epilepsie. 672 (Anstalt). 189 (m. Astigmatismus). 189 (Ausscheidung medic. Substanzen). 642 (Rubid. - Ammon. - Bromid). 534 (Beziehungen z. Refraktionsanomalien). 283 (Cocain). 24 (frontalfacialis). 185 (Gähnen). 481 (Gehirn der Epilept.). 185, 313 (Geistestörung). 552 (entotische Geräusche). 319 (Heilung d. Trepanation). 474, 748 (Jackson'sche trepanirt) 753 (idiopath.). 679 (Klinisches und Sociales). 498 (Muskelanomalien). 20 (Operation). 319 (Pathogenese). 472, 532, 552 (procurative). 446 (Reactionszeit). 701 (senile). 87 (schwerer Fall von). 184 (Simulation). 368 (b. spasmodischer Spinalparalyse). 149 (Sterblichkeit). 63 (zeitlicher Eintritt der Anfälle). 758 (idiomuscul. Zuck.).
 Eppinger 126, 127, 317.
 Erb 392, 637, 652.
 Erderschütterungen 146 (Einfluss a. d. geist. Zustand).
 Erlenmeyer 225.
 Erlicki 133.
 Erregbarkeit electrische 134.
 Erschöpfungsparalyse 503.
 Erysipel Wirkung auf Melancholie 98.
 Erythro - Melalgie 247.
 Eulenburg 176, 335, 529, 530.
 Ewald 138.
 Exalgine 763.
 Exophthalmus 203 (pulsirender). 506 (bei Morb. Based. m. Manie.)
 Faisceaux neuromusculaires 714.
 Familienverpflügung Geisteskrank. 285.
 Fano 670.
 Farbenstörung bei Sehnervenatrophie 732.
 Farbensinn in indir. Sehen 732.
 Feboré 217.
 Feilchenfeld 143.
 Féré 63, 185, 189, 446, 758.
 Féréol 190.
 Fevrier 172.
 Field 114, 663.
 Fischer, Jacob 694.
 Fick, E. 733.
 Fletcher Beach 149.
 Folie à deux 285, 766.
 „ du doute 569.

Forel 157, 639.
 Forensische Betrachtung 221, 222, 290.
 Frank, François 189 714.
 Frankreich (Selbstmordstatistik) 26.
 Frédéric 670.
 Fred-Petersen 128.
 Freund 275, 308.
 Frey 428.
 Friedenberg 145.
 Friedmann 393.
 Friedreich'sche Krankheit 24, 581.
 Fürstner 309, 330, 646.
 Fussclonus 344.
 Gähnen, epileptisches 185.
 Gärtner 651, 749.
 Gairdner 726.
 Gallensäuren, giftige Wirkung 253.
 Gallerini 319.
 Garnier 26, 605.
 Gaston 249.
 Gastralgie, neue Form 324.
 Gastrische Krisen 687. vgl. Tabes.
 Gauthier 377.
 Gedächtnisschwäche 308.
 Gedankenlos 290.
 Gefängnisskunde 563 (Lehrbuch).
 Gefängnisspsychosen 601.
 Gefässbewegungen 475.
 Gehirn. 19, 47, 302, 761 (Abscess). 667 (Localisation). 430 (Apoplexie) 712 (Anatomie b. Säugethieren). 271 (Balkenmangel). 244 (Basisfractur mit Nervenlähmung). 202 (Blutung, venöse subdurale). 75 (Centren für Blasenbeweg.). 426 (Centren, optische). 556 (Chirurgie). 671 (Commissuren - Fasern. Physiologie). 683 (Cysticercen). 135, 139, 489 (Druck). 140, 160 (Echinococcen). 204, 250 (Embolie). 21 (Entwicklungsgeschichte). 578 (Entwicklung der Insel Reili). 120 (Erkrankung, complicirte). 149 (Erkrankung bei Imbecill). 127 (Erschütterung und Zertrümmerung). 362 (Ganglien, subcorticale). 269 (Gliom d. pons). 287 (Granula im Kleinhirn). 210 (Gumma der ob. temporo sphenoidal Windung). 671 (Exstirpation d. Gyrus sigmoid. beiderseits). 639 (Exstirpation einer Hemisphäre). 640 (Exstirpation beider Hemisphären).

- Gehirn 328 (Exstirpat., totale des Grosshirns). 420 (Hemiplegia alternans, patholog. Veränderung). 515 (Hemisphären des Grossh. Einfluss ihrer Reizung auf den Blutlauf). 108 (Herderkr. d. unt. Scheitelläppchens). 301 (Hypophysis, Geschwülste). 640 (Kreislauf, nervös. Einfluss). 74 (Lähmung der Gehirnnerven bei Syphilis). 399 (bei Tabes). 435 (Läsionen, Sehvermögen). 485 (Occipitallappen-Erkrankungen). 77 (Occipitallappen, Verhalten zu den Augenbewegungen neugeborener Thiere). 169 (Piagefässe, entzündl. und andere Vorgängen). 164 (Präparate, Härtung u. Conservirung). 300 (Rinde). 139, 169 (Affe). 466 640, 683 (Rindencentren, corticale). 21 (Veränderungen bei congenitaler Blindheit). 126 (Schussverletzung geheilt). 74, 210 659 (Syphilis). 559 (bei Paralysis univers). 399 (Tumor, chirurg. Behandlung. 519 (d. Cerebellum). 332 (d. mittleren Zone). 518 (des Thalamus optic.). 461 (d. Vierhügel). 317 (Verletzung mit Zertrümmerung der Schädelknochen). 154 (Wägungen bei Geisteskranken).
- Geisteskranke 607 (Behandlung).
- Geisteskrankheiten 95 (Beziehungen zu den Geschlechtsfunctionen). 218 (chronische). 312 (Classification). 603 (Gesetz über Unterbringung). 151 (Herzaortenerkrankung). 605 (Paris, Statistik). 576 (Scheina). 128 (Selbstverstümmelung). 629 (Therapie, alimentäre). 285 (Verpflegung). vgl. auch Psychosen. 764 (Russland, Zunahme). 767, 768 (nach Kopfverletzung)
- Gemüthsbewegungen 183.
- Geräusche 552 (entotische b. Epilepsie).
- Gerlach 477, 608.
- Geschmacksempfindung 475 (Verlust).
- Gesichts-Asymmetrie 24.
- „ Atrophie 49.
- „ Erysipel 98.
- „ Lähmung mit gesteigert. Erregbarkeit 280.
- Gilles de la Tourette 184, 214, 761.
- Gley 190.
- Globus hystericus 513 (bei Kehlkopftubercul.).
- Gokjelow 683.
- Gold als Färbemittel 343.
- Goldney-Chitty 183.
- Goldstein 341.
- Goltz 328, 639.
- Goltz'sche Färbemethode 56.
- Gombault 719, 745.
- Gonorrhoe 172 (spinale Sympt.).
- Gotsh 669.
- Gottstein 118.
- Gourreau 638.
- Gowers 236.
- Graddy 142.
- Graphit Rheostat 736.
- Gray 160, 721.
- Greppin 56.
- Griffin 144.
- Groner 251.
- Grübelsucht 89.
- Guerin 185.
- Guinon 497, 747, 755.
- Guldberg 578.
- Gutachten (forens.) 30, 31, 315, 541, 766, 767, 768.
- Guttmann 297.
- Hack-Tuke 285.
- Hadden 248, 496.
- Hadra 144.
- Halbeis 349.
- Hallucinationen 440, autobiograph. 579.
- „ Localisation 703.
- „ Muskelhallucin. 579.
- „ psychische 576.
- Hammer 683.
- Hammond 527.
- Handford 218.
- Hanf, indischer 306.
- Hansen 478.
- Harnincontinenz 167.
- Harnstoffausscheidung 306.
- Harrisson 249.
- Hauer 141.
- Hausgymnastik f. Frauen 146.
- Hautgangrän 304.
- Hautgeschwüre bei Neuritis 722.
- Hautneurose 307.
- Heddaeus 65, 450.
- Helbing 722.
- Heimann 283.
- Hemianopsie 140.
- „ 141 (bei centr. Hemiplegie.)
- „ corticale 338 (Opticusdegeneration).
- „ 519 (Obductionsbefund.)
- Hemiatrophie 296, 732 (facial. progr.)
- „ 611, 726 (linguae.)
- Hemipie homonyme compl. 61, 437.
- Hemiplegia „ternans 417.

- Hemiplegie 468, (bei Nervenkrankheit).
 „ 444, (infantile).
 Henschen 432, 439, 466, 529, 713, 726.
 Herpes zoster 296.
 Herzen 671.
 Hess 732.
 Hessing'sche Orthopädie 632.
 Heufieber 144.
 Hine 175.
 Hirschberg 202.
 Hirt 727.
 His 22, 638.
 Hitzig 360.
 v. Hösslin 619.
 Hoffmann 359, 495.
 Homen 578.
 Horsley 224, 640, 669.
 Howe 182.
 Hückel 345.
 Huchard 759.
 Hughes 90, 147, 344.
 Hume 551.
 Hydracetin 297.
 Hydrocephalus 254.
 Hydrops artic. acut. 145.
 Hyosciamin 604.
 Hyoscin 196, 603, 692, 694.
 Hypnotismus der 268, 337, 364, 369, 428, 461, 480, 572, 602, 698, 760, 761 — 102, 733 (Schaden). 103, 157 (forens.). 213, 322, 581 (Hysterie).
 Hypochondrie 104, 138.
 Hypochondr. Anfälle 663.
 Hysterie: Amblyopie 159 (Männer) 502, 501 (Ernährung). 145 (Fieber). 213, 353, 385 (Monopl. hyst. traumat.). 586 (Kypho scoliose). 119 (postepilept.). 63 (bei Schwefelkohlenstoffarbeitern). 602 (Schlafwandel). 296, 502 (virilis). 101 (im russischen Heere). 755 (Aetiol.).
 Hystero-Epilepsie 502, 463 (Castration). 475, 541 (forens.).
 Jahresbericht der Irr. Anst. Utica 543.
 Jackson, Hughling 668, 669.
 Jakobi 119, 478.
 Jakowenko 51.
 Jaksch 318.
 James 87.
 Jastrowitz 424, 458.
 Idiotie 307, 444. — 716 (Hirnbefund).
 Idzinski 745.
 Jeaffreson 502.
 Jelgersma 130, 162, 266, 712.
 Jenner 221.
 Jensen 154.
 Infection 153 (psychische).
 Inglis 107.
 Innervationsstörungen u. Gewebswachstum 580
 Insolation 551 (locale).
 Intensions-Psychosen 58.
 Jodinjektion bei Morb. Basedowii 175.
 Joffroy 190, 304, 395.
 Jörger, J. 96.
 Jones 169.
 Journée 213.
 Irrenärzte, ital. Congress 192.
 Irrencolonien 607.
 Irresein 313 (epilept.). 96, 255, 766 (induc.). 379 (Pupertät). 311, 541 (moralisches). 765 (alcohol.).
 Ischiadicus 190 (Reizung des centralen Stumpfes).
 Jürgensen 632.
 Iwanow 170.
 v. Kahliden 655.
 Kalt 447.
 Katatonie 477.
 Kaufmann 62.
 Kehlkopfaffectationen 115 (bei Centralnervenerkrankungen).
 Kiewlicz 57.
 Kinderlähmung, spinale 395, 716 (cerebrale).
 Kinnear 144.
 Kinnier 185.
 Kirn 453.
 Klempner 204.
 Klumpfuß 246 (angeb. doppelt).
 Knapp 83.
 Kniephänomen 344 (einseitig, anat. Befund). 527 (vgl. Patellarreflex).
 Knies 732.
 Knoblauch 648.
 Knochenwachstum 47 (künstl.).
 Kobler 657.
 Loch 280, 476.
 Koeppen 391, 536.
 Körpergewicht bei Psychosen 646.
 Körperhaltung, fehlerhafte 101.
 Kohlenoxydvergiftung 71, 733.
 Konrád 596, 626.

Kopfschmerz, congestiver 174.
 Koretzki 283.
 Korsakoff 606, 728.
 Kowacz 587.
 Kowalewski 764.
 Kräpelin 252.
 v. Krafft-Ebing 30, 31, 42, 43, 383,
 541, 656, 665.
 Krampf der Melker 104.
 Kratter 767.
 Kriminaloiden 665.
 Krisen, gastrische 191.
 Kronthal 72, 335.
 Kurella 322.

 Ladame 602.
 Lähmung 112 (alcoholische). 319 (centrale). 530 (durch Fesseln). 391 (osteomalacische). 498 (pneumonische). 345 (psychische).
 Laehr 654.
 Längsbündel, hinteres 51.
 Lagoudakis 761.
 Lamy 758.
 Landerer 537, 564, 599.
 Lange 183.
 Langlois 189, 670.
 Langreuter 513.
 Lannegrace 61, 435
 Lanelongue 743.
 Laquer 392.
 Larynxlähmung 344.
 Lattier 628.
 Lauber 766.
 Laufenaue 253, 258, 385, 463, 464.
 Laugier 128.
 Laurent 29.
 Leclerc 703.
 Lehr 306, 649.
 Lemoine 602, 604.
 Leo 426.
 Leppmann 290, 509.
 Letulle 111.
 v. Limbach 612.
 Lissauer 155, 716.
 Litten 71, 137.
 Lobi optici, Anatomie 742.
 Löwenfeld 400, 552, 748.
 Löwenthal 504.
 Lombroso 453, 665.

Lorentzen 500, 520.
 Loye 466.
 Lusana 319.
 Luys 703.
 Lyssa humana 258, 625.

 Maepherson 312.
 Mageninnervation 394.
 Magenneuosen 688.
 Magenperforation 204 (bei Tabes).
 Mageron 667.
 Magnan 445.
 Mairet 523, 552.
 Makroglossie 280.
 Malaria-Psychosen 149.
 Mallasey 448.
 Mallet 745.
 Manie 89 (acute). 603 (Behandlung). 506 (mit Exophthalmus). 60 (Heilung bei Diphther.). 603 (nach Kohlenoxydvergiftung). 512 (transitorische). 606 (bei Tabes)
 Marandon de Montyel 187, 733.
 Marie 63, 380, 637.
 Martinotti 287.
 Martius 11.
 Matthews 213.
 Mayer, G. 341.
 Mechanotherapie 404, 681, 696.
 Medulla oblong. 23 (Gliom), 714 (Localisation).
 Melancholie 605 (Autointoxication). 98, 486 (bei Gesichtserysipel).
 Mendel, 104, 138, 711.
 Meningitis 249 (cerebrospinalis). 152 (chronica). 721 (basale). 722 (spinale).
 Menthol und Safrol 250.
 Metzger 410.
 Meyer, Ludwig 58.
 Meynert 365, 426, 461, 486.
 Migräne 694.
 Mickle 151, 282.
 Mierzejewski 764.
 Miljanitsch 545.
 Mislowski 75, 433.
 Mittenzweig 202.
 Möbius 251.
 Moeli 485.
 Moll 268, 337, 369.
 Monakow 362, 427.
 Mondot 701.

- Monochlormethan** 349.
Monod 607.
Monoplegie 71 (d. plex. brachial. d. Kohlenoxydvergiftung). 463 (hysterische).
Monti 704.
Moore 159.
Morell 283.
Morgan 247, 531.
Morphin 504 (Ausscheidung durch den Magen nach subcut. Inject.). 147 (subcut.).
Morphinismus 445, 506, 649 (Codeinther.) 761.
Mortimer 255.
Morvan 686.
Mossé 585, 700.
Mosso 639.
Mötet 605.
Müller, Frz. 416
Muskelsystem 107 (troph. Störungen). 639 (Einfluss der Hirnthätigkeit).
Muskelatrophie 211, 277 (hereditäre). 203, 719 (juvenile). 339, 495, 359 (nervoso-neurotic.). 340 (nervöse Symptome). 497 (primit. familiäre). 128, 188 (progressive). 360 (spinale). 209 (Typus humero scapular). 335 (einzelner Muskeln, cucullaris). 249 (deltoidens). 745 (nach Kopfverletzung).
Muskeldefect 650 (angeborener der Brustmuskul.).
Muskelhypertrophie 280. der Primitivfasern 609, 653.
Muskelkrampf d. levat. angul. scap. 344.
Muskel-Pseudohypertrophie 273.
Muskel-Veränderungen 330 (bei Psychosen).
Myelitis 554 (chronic). 136 (per compression). 271 (mit echinococc.). 57 (transversa). 747 (diff.).
Myoclonie 206 (rhythmische).
Myopathie 719 (progress). 720 (primitiv).
Myositis 333.
Myxoedem 217, 703.
Narkose 670 (Reflexaufhebung).
Nasenschleimhaut, Reize 189, 190.
Navratil 20, 556.
Nebel 404.
Neftel 694.
Neisser 156.
Nelaton'sches Geschwür bei Paral. 187.
Nervenfaserdegeneration 638.
Nervengewebe 343 (Goldfärbung). 704 (Kupfersulphatfärbung).
Nervengerne 638.
Nervenkörperchen 743.
Nervenkrankheiten, Lehrbuch 727, 764.
Nerven 108 (periphere Degeneration bei Tabes). 109 (Erkrank. bei verschied. Allgemeinleiden).
Nerven-System 245 (Beziehung zu troph. Störung). 448 (Einwirkung auf Infection). 312 (Function bei Geisteskrankheiten). 341 (Krankheiten des) 299 (sympathisches). 431 Veränderungen bei Poliomyelitis).
Nervosität bei Nasenverstopfung 144.
Nervus acusticus, Anatomie 741.
 " ischiadicus 62 (Erregbarkeit).
 " peroneus 11, 15 (Lähmung).
 " radialis 392 (Krampf).
 " supraclavicularis 15 (isolirte Lähmung).
 " suprascapularis d. 193 (isolirte periphere Lähmung).
 " trigeminus 49 (Gesichtsatroph.).
 " vagus 105 (Anat. u. Physiol.).
Netzhaute. Erholung ders. 733.
Neuralgie 348 (Psychosen).
Neurasthenie 160, 168.—190 (mit Enterophose). 191, 220, 353, 373 (Magen). 385, 553 (Therapie). 649 (cordis).
Neuritis alcoholica multipl. 112, 333. 664 (mit Geistesstörung). 122 (cerebral idiopathic). 340 (medianus). 523 (motor. peripher. d. Atactiker). 402 (multiple). 110, 304 (periphere). 606 (psychisch Symp.). 111 (Quecksilber N.). 225 (secretor. u. troph. Störung).
Neuritis optica 747.
Neuroglia-Färbung 361.
Neurosen 144 (abdominal.). 18 (anatom. Substrat). 619 (diagnost. Gesichtsfeldmessung). 84, 112 (nach gynäkol. Operationen). 79, 83, 117, 335, 362, 365 (traumatische). 714 (Nasen).
Neurotomie 182.
Newton 763.
Nickelbromür 753.
Noisichewski 137, 165.
Norman 89.
Nothnagel 120, 460, 461.
Nuclei arciformes 266.
Obersteiner 760.
Occipitalappen 691 (Erweichung).
Occipitalwindungen 168 (Physiolog.).
O'Connor 84.

Oedem 46 (spinales). 702 (neuritisches).
Oesophaguscarcinom 204. — 221 (Fremd-
körper).

Ohr, Morell'sches 481.
Openschowski 394.
Ophthalmoplegia altern. mit Geisteskr.
534. — 16, 685 (external).
Opiate, Wirkung 389, 390.
Oppenheim 12, 79, 332, 609, 653.
Opticuskreuzung 337.
Optische Leitung 237.
Orschanski 253.
Oserzowsky 394.
Osteomalac. Lähmungen 391.
Oster 23, 444.
Othaematom 91.
Otto 25.
Oulmont 691.

Pachoud 256.
Pachydermie 307.
Pagès 255.
Pail 339.
Pal 514.
Pampoukis 61.
Paralysis agitans 128. 584 (Haltung
und Gesicht). 585 Harnsecretion). 584
585 (Hemiplegie). 700 (Wärmegefühl).
Paralysis allgem. fortschreitende 410
(Aetiologie und Verlauf). 411 (Patho-
logie). 218, 703 (path. Anatomie). 410
(durch Alcoholismus). 706 (Aphasie).
506 (Dauer). 134, 477 (Erregbarkeit,
electr.). 90 (Fall, fraglicher). 187
(Fussgeschwür, Nelaton'sches). 296
(herpes Zoster). 506 (lange Dauer).
255 (Prognose). 604 (Störungen troph.
an Hals und Kinn). 186, 360, 559 (Sy-
philis). 186 (nach Tabes). 152 (trau-
mat. Ursprungs).

Paralyse, Landry'sche 529.
Paranoia 541, 542, 543, 665, 666.
Pareso-analgesie 686.
Patellarreflex 248.
Patschkowski 204.
Paulides 583.
Péan 474.
Pedkow 271.
Peierson 529.
Pereganx 139.
Peronäus-Lähmung 11, 15.

Perversion 602 (sexuelle).
Petersen 249.
Peterson 763.
Peyer 507.
Pharynxlähmung 344.
Phenacetin 763.
Pick 300, 510, 527, 633.
Pierret 604, 701, 703.
Pilliet 246.
Pilocarpin 733 (Hist. u. Epil.).
Plehn 277.
Polioencephalitis super. 685.
Pneumonie-Coccus 71.
Poliomyelitis anter. ac. 147, 685.
Poliomyositis 277, 631. 478 (progress.
subac.).
Pons-Gliom 269.
Pope 218.
Popoff 274.
Preiss 273.
Professions-Krampf 446.
Proskauer 417, 481.
Pruritus 183 (Behandlung).
Pseudoangina pectoris hysterica 759.
Psychiatrie 444, 476 (Lehrbücher).
Psychosen 330 (einfache mit Muskel-
veränderung). 448 (nach Neuralgie).
728 (polynenritica). 380 (senile. 185
(syphilit. Erkrankung). 187 (transi-
torische). vergl. Geisteskrankheiten.
Püch 430.
Pupertätsirresein 379.
Pupillenstarre 65, 711 (reflector.). 450
(symptomatische).
Purtscher 309.
Putnam, J. J. 172.
Putzel 140.

Quecksilber-Neuritis 111.

Rabow 487, 692.
Radziwillowicz 252.
Rath 301.
Raymond 439.
Raynaud'sche Krankheit 305.
Rectum-Erkrankung 213.
Reflexerregbarkeit d. Opticus 67.
Regnier 559.
Reiersen 475.
Reinhardt 315.
Remak 46, 104.

- Remont 209.
 Remy, Ch. 88.
 Renvers 71.
 de Renzi 722.
 Repreff 139.
 Restraint 60.
 Rheostatgriffe 735.
 Rheumatismus chron. mit hyster. Anästhesie 439.
 Rhinitis 174.
 Richelot 61.
 Richer 584.
 Richet 189.
 Richter 273.
 Riegel 512.
 Rissler 431.
 Rivano 579.
 Robertson'sches Phänomen 452.
 Roc 174.
 Rona 296.
 Roschansky 299.
 Rosenbach 136, 164, 168, 723.
 Rosenthal, A. 706, 738.
 Rossolimo 134.
 Roth 464.
 Rottenbillier 1, 37, 642.
 Rougon 191.
 Ronillard 603.
 Rubid-Ammon-Bromid 642.
 Rückenmark, Cervicalmark 647 (Localisation).
 " Geschwulst operirt 236.
 " Hinterstränge 616 (Patholog. bei Lues). 273 (Structur).
 " Krankheiten 659 (chron. mechan. behandelt).
 " Physiologie 72 (experiment.). 136 (der Schleife).
 " Stränge 12 (combinirte Erkrankung).
 Ruhemann 49.
 Rudolphson 299.
 Rumpf 332.
 Runeberg 578.
 Rybalkin 760.
 Rywosch 253.
 Sachs 479, 685.
 Sängler 519.
 Salgó 444, 569.
 Samuel 580.
 Saury 733.
 Savage 60, 88, 185.
 Savill 146.
 Schädelhöhle 242 (Geschwülste).
 Schaffer 143, 625, 674.
 Schapirow 555.
 Scharlach mit Folgezuständen 250.
 Schiff 640.
 Schilddrüse 21 (Exstirpation). 670 (Functionen).
 Schlaf 654 (Stoffwechsel).
 Schlaflosigkeit 216, 424, 428.
 Schlafwandeln 602 (hyster.).
 Schlammkur 283.
 Schlitten-Unterbrechung 734.
 Schlöss 311.
 Schmaus 689.
 Schmidt 649.
 Schmidtborn 173.
 Schmidt-Rimpler 269, 338.
 Schmiegelow 544, 551.
 Schreibkrampf 392, 439.
 v Schrenck 698.
 Schtscherback 135.
 Schüdel 210.
 Schüler 47.
 Schütz 307.
 Schütze 60.
 Schulz 651.
 Schulze 362, 637.
 Schwachsinn 444.
 Schwalbe 329.
 Schwarz, Arthur 18, 296, 368.
 Schwarz, Eduard 547.
 Schwedisches Heilverfahren 404.
 Sclerose 545 (bei Brüdern). 332 (disseminirte). 223, 297 (d. Hinterstränge bei Morb. Based.). 318 (insulare). 10 (multiple). 655 (des Rückenmarks). 685 (des Gehirns).
 Seelen-Blindheit 155, 275, 716, 718 (so genannte).
 Seggel 659.
 Séglas 381, 440, 576, 603.
 Seguin 160, 245, 429.
 Sehnendurchschneidung bei Musk.-Contractur, Vorsichtsmaßregel 586.
 Sehnervenatrophie 398.
 Sehstörungen bei Tabes 396.
 Sehvermögen bei Gehirnläsion 435.
 Seifert 652.
 Selbstmord in Frankreich 26.
 Semal 602.
 Senium, Geistesschwäche 369, 380.
 Sensibilitäts-Störungen und Ataxie 332.
 Sexualempfindung, conträre 698.
 Sexualfunction und Ernährung 139.
 Shaw 108.
 Shok, 212.

erling 17, 333, 609, 653, 718.
 ler 506.
 scentra 168 (Localisation).
 thrombose 460.
 ner 555.
 now 282.
 a 581.
 ier 24, 303, 379.
 al 672.
 za-Leite 606.
 nder 503.
 rling 15, 72, 203.
 biffa 250 (Operation).
 lparalyse 170 (acute aufsteigende).
 tismusglaube eine Geisteskrank-
 t? 119.
 zka 105.
 ohr, Darwin'sches 329.
 anfractur bei Tabes 416.
 störungen 440. 472 (bei Hallu-
 ationen).
 hvorstellungen 510 (motor.).
 ague 250.
 r 211.
 stik 286 (England u. Schottland).
 (Irland).
 an 581.
 ani 671.
 son'scher Versuch 670.
 p 117.
 vard 475.
 ngen 416 (troph. b. Rückenmarks-
 len). 477 (typisch motorische bei
 isteskrankheiten).
 erkrampf 297.
 e medull. 741.
 oschwankungen, negat. 669.
 im pell 631, 637, 650.
 msein, hyster. 581.
 ibus 379.
 kling 110, 503.
 estionshypnose und Verrücktheit
 3, 626.
 estivtherapie 364. vergl. Hypno-
 mus,
 nal 26, 35, 256, 648. 733 (Warnung)
 3,
 nation schwacher Reize 723.
 ensionen Charcot's 392.
 ff 733.
 pathicus, reflector. vatomotor. centra
 3
 ilis Gangrän 531 (syn metr) 185
 efässerkrankung).
 gomyolie und Skolios

Tabes 606 (maniakal. Agitation). 583
 (Arthropathie). 399 (Augenmuskeln).
 302 (Augensymptome). 190 (Basedow
 'sche Krankheit). 182, 214, 335, 498,
 527, 555, 761 (Behandlung d. Suspension).
 603 (Behandlung nach Hessing).
 762 (chirug. Behandl.). 362 (Kau-
 muskellähmung) 523 (Muskelatro-
 phie). 303 (periphere Neuritis). 396
 (Sehstörungen). 701 (sensible). 416
 (trophische Störungen). 191, 222, 341,
 547 (Syphilis). 745 (in der Kindheit
 begonnen).

Tachycardie 445.

Temperatursteigerungen b. Hysterie 500.
 Tetanie 20.

Tetanus 146 (Chloral). 61, 62 (Infec-
 tion). 88 (am Kopf bei Paralysis fa-
 cialis). 188 (Natur und Ursprung).
 724 (Aetiol.).

Theevergiftung 282.

Thymusdrüse 338 (Fehlen).

Tic convulsif m. F. cialisverdickung 529.

Tic douloureux 182.

Tod durch Enthauptung 466.

Todesstrafe bei Trunksüchtigen? 222.

Topothermaesthesiometer 137.

Trimethylcarbinol 554.

Trinker-Verantwortlichkeit 605.

Trismus hyster. 20.

Trommelfellzerreissung d. Schlag 475.

Trophische Störungen 245 (Bezieh. zu
 Nervenkrankheiten).

Trunksucht for. 222, 293.

Tuberculose und Alcoholismus 217.

Tuffier 762.

Uthhoff 10, 74, 297.

Upton 343.

Urethan bei Strychninvergiftung 287.

Urethrale Reizung 175.

Urtikaria, Behandlung 84.

Vanlair 206, 448.

Vasomotorische Erkrankung 145.

Ventra 220.

Venturini 187.

Verbigeration 156.

Verbrechen, bei alkoh. Psych. 765.

Verbrecherthum 347 (forens.).
Verfolgungswahn 377 (forens.).
Verga 577.
Verneuil 62.
Vertige marin 61.
Vétault 605.
Vierhügel 426, 742.
Vignes 189.
Villar 88.
Virchow 74.
Voisin 602.
de Vriess 579.

Wagner 348, 376, 530.
Waller 638.
Warner 152.
Weber 128.
Weigert 361.
Weir-Mitchell 66, 337, 696.
Weiss 444, 659.
Werdnig 655.
Wernicke 108.
Westphal 16, 72.

Widenmann 724.
Wier 429.
Wiglesworth 532.
Williams 212, 248.
Wilson, J. S. 170.
Wilson, Th. 210.
Wirbelbruch 324.
Witkowski 389.
Wollenberg 153.
Wood 285.
Worcester 149.
Worttaubheit 738, und Wortblindheit 301
Wright 761.
Wulstbildung 299 (idiomuscul.).

Zacher 716.
Zeleritzki 168.
Ziehen 344, 534.
Zuckung, idiomuscul. 758.
Zurechnungsfähigkeit 766.
Zwangshandlungen 577.
Zwangsvorstellungen 220, 288, 575.
Zwei-Zellenbad 651, 740.



Redaction: Dr. A. Erlenmeyer in Bendorf.

Verlag von Theodor Thomas in Leipzig. Druck von Philipp Werle in Koblenz (Löhrrstr. 28).



1817

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to \$1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

7 DAY

FEB 10 1970

RETURNED

FEB 8 - 1970

v.12
1889

Centralblatt für nervenheil-
kunde und psychiatrie.

18007

18007

